

**UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS
UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS
Especialização em Saúde da Família
Modalidade a Distância
Turma 7**



Trabalho de Conclusão de Curso

**Melhoria da Atenção aos Usuários com Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou
Diabetes Mellitus, na UBS Dr. Iacy Alcântara, Santana/AP**

Antonio César Nuñez Copo

Pelotas, 2015

Antonio César Nuñez Copo

**Melhoria da Atenção aos Usuários com Hipertensão Arterial Sistêmica
e/ou Diabetes Mellitus, na UBS Dr. Iacy Alcântara, Santana/AP**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado
ao Curso de Especialização em Saúde da
Família EaD da Universidade Federal de
Pelotas em parceria com a Universidade Aberta
do SUS, como requisito parcial à obtenção do
título de Especialista em Saúde da Família.

Orientador: Sérgio Vinícius Cardoso de Miranda

Pelotas, 2015

**Universidade Federal de Pelotas / DMS
Catalogação na Publicação**

C784m Copo, Antonio Cesar Nuñez

Melhoria da Atenção aos Usuários com Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou Diabetes Mellitus, na UBS Dr. Iacy Alcântara, Santana/AP / Antonio Cesar Nuñez Copo; Sérgio Vinícius Cardoso de Miranda, orientador(a). - Pelotas: UFPel, 2015.

112 f. : il.

Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Saúde da Família EaD) — Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Pelotas, 2015.

1.Saúde da Família 2.Atenção Primária à Saúde 3.Doença Crônica 4.Diabetes Mellitus 5.Hipertensão I. Miranda, Sérgio Vinícius Cardoso de, orient. II. Título

CDD : 362.14

Elaborada por Sabrina Beatriz Martins Andrade CRB: 10/2371

Dedico este trabalho a minha mãe, minha vovó
falecida, minhas filhas Alejandra e Karla.

Agradecimentos

À minha família.

E a Deus, por ter me concedido o privilégio de realizar este grande desafio.

A meu orientador.

Obrigado.

Resumo

COPO, Antonio César Nuñez. **Melhoria da Atenção aos Usuários com Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou Diabetes Mellitus, na UBS Dr. Iacy Alcântara, Santana/AP.** 2015. 111f. Trabalho de Conclusão de Curso (Curso de Especialização em Saúde da Família) - Departamento de Medicina Social, Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, 2015.

No Brasil, a Hipertensão Arterial Sistêmica e o Diabetes Mellitus constituem a primeira causa de hospitalizações no sistema público de saúde. No mundo inteiro, as duas doenças são os primeiros fatores de risco de mortalidade por complicações desencadeadas por elas, repercutindo social e economicamente. A ausência de registros, a falta de dados e sua atualização, a não existência do número exato de usuários cadastrados com hipertensão e diabetes soa as causas de onde parte a necessidade da realização desta intervenção assistencial e educativa com a finalidade de melhorar a atenção dos usuários hipertensos e diabéticos da Unidade Básica de Saúde Dr. "Iacy Alcântara" no município de Santana, estado do Amapá, durante um período de 12 semanas. Os protocolos do Ministério da Saúde, cadernos de atenção básica nº 36 e 37 foram às referências utilizadas para a realização da parte teórica do projeto. As ações realizadas incluíram o cadastramento dos usuários hipertensos e/ou diabéticos no programa HIPERDIA, o acompanhamento dos indicadores, a realização de atividades educativas e capacitações da equipe de saúde da família. Foram cobertos pela intervenção 182 indivíduos diagnosticados com hipertensão arterial e/ou diabetes mellitus, com o preenchimento de informações na Planilha de Coleta de Dados fornecida pelo curso para a equipe de saúde. Ao final da intervenção, a cobertura foi de 68,1% para os usuários hipertensos e 89,7% para os diabéticos, mais de 90% apresentaram exame clínico em dia em ambos os grupos. Os diabéticos estão utilizando os medicamentos da farmácia popular/hiperdia e só um 77,2% dos hipertensos. Foi realizada a busca ativa dos faltosos as consultas, assim como avaliação clínica do risco cardiovascular através de exame físico e interrogatório. Espera-se que a gestão municipal de saúde apoie e fortaleça este tipo de ação para os demais profissionais e equipes e que continue estabelecida a intervenção na rotina da equipe de saúde, para que a comunidade se aproprie da proposta, contribuindo assim com sua continuidade e aperfeiçoamento.

Palavras-chave: atenção primária à saúde; saúde da família; doença crônica; diabetes mellitus; hipertensão.

Lista de Figuras

Figura 1	Cobertura do programa de atenção ao hipertenso na unidade de saúde Dr. Iacy Alcântara - Santana/AP, 2015.	73
Figura 2	Cobertura do programa de atenção ao diabético na unidade de saúde Dr. Iacy Alcântara - Santana/AP, 2015.	74
Figura 3	Proporção de hipertensos com exame clínico em dia de acordo com o protocolo na unidade de saúde Dr. Iacy Alcântara - Santana/AP, 2015.	74
Figura 4	Proporção de diabéticos com exame clínico em dia de acordo com o protocolo na unidade de saúde Dr. Iacy Alcântara - Santana/AP, 2015.	75
Figura 5	Proporção de hipertensos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo na unidade de saúde Dr. Iacy Alcântara - Santana/AP, 2015.	76
Figura 6	Proporção de diabéticos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo na unidade de saúde Dr. Iacy Alcântara - Santana/AP, 2015.	77
Figura 7	Proporção de hipertensos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia priorizada na unidade de saúde Dr. Iacy Alcântara - Santana/AP, 2015.	78
Figura 8	Proporção de diabéticos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia priorizada na unidade de saúde Dr. Iacy Alcântara - Santana/AP, 2015.	79
Figura 9	Proporção de hipertensos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico na unidade de saúde Dr. Iacy Alcântara - Santana/AP, 2015.	80
Figura 10	Proporção de diabéticos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico na unidade de saúde Dr. Iacy Alcântara - Santana/AP, 2015.	81
Figura 11	Proporção de hipertensos com registro adequando na ficha de acompanhamento na unidade de saúde Dr. Iacy Alcântara - Santana/AP, 2015.	82
Figura 12	Proporção de diabéticos com registro adequando na ficha de acompanhamento na unidade de saúde Dr. Iacy Alcântara - Santana/AP, 2015.	83

Figura 13 Proporção de hipertensos com estratificação de risco 84
cardiovascular por exame clínico em dia na unidade de saúde Dr.
lacy Alcântara - Santana/AP, 2015.

Lista de abreviaturas, siglas e acrônimos

ACS	Agente comunitário da Saúde
AP	Amapá
APS	Atenção Primária a Saúde
CAP	Caderno de Ações Programáticas
CEO	Centro de Especialidades Odontológicas
DANT	Doenças e Agravos Não Transmissíveis
DM	Diabetes Mellitus
EPS	Educação Permanente em Saúde
ESB	Equipe de Saúde Bucal
ESF	Estratégia da Saúde da Família
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
HIPERDIA	Grupo de Hipertensos e Diabéticos
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
MS	Ministério da Saúde
NASF	Núcleo de Apoio a Saúde da Família
PCD	Planilha de Coleta dos Dados
SB	Saúde Bucal
SIAB	Sistema de Informação da Atenção Básica
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
UNASUS	Universidade Aberta do SUS
VD	Visita Domiciliar

Sumário

Apresentação	9
1 Análise Situacional	10
1.1 Texto inicial sobre a situação da ESF/APS	10
1.2 Relatório da Análise Situacional	11
1.3 Comentário comparativo entre o texto inicial e o Relatório da Análise Situacional.....	18
2 Análise Estratégica	20
2.1 Justificativa	20
2.2 Objetivos e metas	21
2.2.1 Objetivo geral	21
2.2.2 Objetivos específicos e metas	21
2.3 Metodologia	23
2.3.1 Detalhamento das ações	23
2.3.2 Indicadores	56
2.3.3 Logística	62
2.3.4 Cronograma.....	66
3 Relatório da Intervenção.....	68
3.1 Ações previstas e desenvolvidas.....	68
3.2 Ações previstas e não desenvolvidas.....	69
3.3 Aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados.....	70
3.4 Viabilidade da incorporação das ações à rotina de serviços	70
4 Avaliação da intervenção.....	72
4.1 Resultados.....	72
4.2 Discussão	88
5 Relatório da intervenção para gestores	91
6 Relatório da Intervenção para a comunidade	94
7 Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem.....	97
Referências	100
Apêndices.....	101
Anexos	105

Apresentação

Este Trabalho de Conclusão do Curso de Especialização em Saúde da Família modalidade à distância da Universidade Aberta do SUS-UNASUS/ Universidade Federal de Pelotas – UFPel é o resultado das atividades que foram desenvolvidas durante as Unidades de Ensino que integram o Projeto Pedagógico do curso.

A análise situacional, descrita no capítulo 1, teve início com o reconhecimento do município de Santana-AP, o território da UBS Dr. Iacy Alcântara, equipe de saúde, instalações físicas, materiais e insumos e atribuições dos profissionais. A partir dela, foi escolhido o tema para elaboração de um projeto de intervenção. O capítulo 2 abrange a análise estratégica, através da organização de objetivo, metas e metodologia a serem aplicadas para a ação escolhida como foco da intervenção. Nessa seção foram organizadas também as ações propostas, indicadores e o cronograma de atividades.

O capítulo 3 é composto pelo relatório da intervenção, com a abordagem das ações que foram ou não realizadas e a possibilidade de incorporação das atividades na rotina do serviço. No capítulo 4 realiza-se uma apresentação da intervenção, com uma análise e discussão dos resultados, através da exposição de gráficos, junto a um relatório para o gestor e comunidade.

Uma reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem é desenvolvida no capítulo 5 e no capítulo 6 são apresentadas as referências, anexos e apêndices do trabalho.

1 Análise Situacional

1.1 Texto inicial sobre a situação da ESF/APS

A Unidade Básica de Saúde (UBS) onde trabalho passará por uma reforma e ampliação para melhorar a qualidade do acolhimento e atendimento aos usuários e aumentar a cobertura de atenção à população do território.

A UBS é considerada pequena, sendo compartilhada por duas Equipes de Saúde da Família (ESF). Trabalho na equipe 5, de segunda a sextas-feiras, de manhã e à tarde. São realizadas consultas clínicas médicas e de enfermagem, procedimentos assistenciais, preventivos, testes rápidos, práticas educativas e Visitas Domiciliares (VD). As visitas aos são realizadas pelo médico enfermeira, técnica de enfermagem e Agentes Comunitários de Saúde (ACS).

As VD's são importantes para conhecer a população que assisto e também onde e como moram essas famílias, suas condições e estilos de vida, o que fazem para viver, as condições higiênicas e sanitárias dessa população e para levar orientações gerais e específicas para os integrantes dos domicílios e a comunidade.

Daqui até agora minha relação com a comunidade é boa, eles referem gostar de como eu faço meu trabalho e a técnica em enfermagem sempre diz que todas as pessoas querem agendar consulta comigo porque eu explico com meu português- espanhol, mas eles dizem que dá para entender.

O planejamento das atividades da equipe sempre é realizado de forma mensal, deixando espaços para qualquer intercorrência que possa ocorrer e cada sexta-feira discutimos as ações que foram desenvolvidas durante a semana e o que podemos fazer de melhor para a próxima. No fim de cada mês são analisadas todas as informações registradas, os pontos positivos e negativos e realizamos o planejamento para o próximo mês.

Um aspecto importante sobre a comunidade é que nem todas as pessoas contribuem com a higiene do mesmo jeito. Há blocos de residências mais limpos que outras e enfrentamos um grande problema para conseguir que todas elas pensem do mesmo jeito, já que muitas consideram que a higiene ou saneamento é função exclusiva da prefeitura. Explicamos sobre a importância da higiene não só pessoal, mas também para a coletividade.

A UBS possui uma sala de recepção, onde os usuários aguardam pelas consultas médicas, de enfermagem e atendimento em Saúde Bucal (SB) e outras atividades como preventivo, curativos etc. A recepção poderia ser um espaço maior e com mais conforto. A sala de arquivos também funciona como farmácia e sala de reunião para os ACS e da equipe.

Não possuímos uma sala de reuniões, sala de curativo, pois está fechada há tempo por falta de estrutura física adequada as normas de vigilância sanitária e nem sala de nebulização, incomodando as pessoas da comunidade. A área de preparo e esterilização de material é dividida pelas duas equipes, em regime de escala.

A sala de vacina é pequena, porém com todos os recursos necessários para o atendimento aos usuários, sempre à disposição da população em geral e as técnicas assistem a todas as pessoas com muito amor e respeito. O banheiro é utilizado pela equipe é o mesmo utilizado pela população. O consultório ginecológico possui também um banheiro, porém exclusivo para a realização das consultas médicas de enfermagem.

Não possuímos sala de administração de medicamentos, sendo um problema, pois quando algum usuário apresenta dor ou alguma moléstia, não podemos administrar nenhuma medicação intramuscular ou intravenosa e manter o paciente em observação até a estabilização do seu quadro clínico.

Destaco como ponto positivo que apesar de todas essas e outras coisas, todos trabalhamos juntos pela comunidade, somos uma só equipe antes dos problemas e damos solução de uma forma ou de outra. Temos desejos de que tudo isso melhore para poder ofertar uma assistência e atenção de máxima qualidade.

1.2 Relatório da Análise Situacional

Santana é um município brasileiro no sudeste do estado do Amapá o qual se situa a 15 km ao sul-oeste da capital Macapá. Vizinho dos municípios de Mazagão e

Macapá, além da foz do rio Amazonas a sudeste. Conta com uma população estimada em 2013 de 108.897 habitantes e uma área geográfica de 1.577,517 km², o que resulta numa densidade demográfica de 69,03 habitantes/km². É o segundo município mais populoso do Amapá e tem uma conurbação com o município de Macapá, a capital do estado, formando a Região Metropolitana de Macapá.

A população segundo dados estatísticos do Censo IBGE 2011 ficou composta por 50.311 homens e 50.842 mulheres, sendo a população urbana com aproximadamente 99.094 (97,9%) e a rural com 2.109 (2,1%).

O município consta com 14 UBS, todos com o modelo de Saúde da Família, totalizando 30 equipes de ESF. Nestes territórios adscritos a população recebe atendimentos básicos e gratuitos em Clínica Médica, Enfermagem, Odontologia, Pediatria e Ginecologia. Os principais serviços oferecidos pelas UBS são consultas médicas e de enfermagem, vacinas, inalações, injeções, curativos, coleta de exames laboratoriais, atendimento odontológico, exames preventivos, atividades educativas em grupos, encaminhamentos para especialidades e fornecimento de medicação básica. Não contamos com UBS do modelo tradicional.

Como ponto de apoio às equipes de ESF no município, contamos com quatro equipes do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), 16 equipes de SB, um Centro de Especialidades Odontológicas (CEO), uma Clínica de Especialidade para outros tipos de atenções médicas, um centro de Saúde da Mulher e outro da Criança e um Centro de Reabilitação Municipal. Os exames laboratoriais e complementares indicados são feitos no LACEN - Centro Laboratorial de Santana e as doenças de notificação compulsória e obrigatórias são acompanhadas na Unidade de Vigilância Epidemiológica.

Em relação à nossa UBS - Dr. Iacy Alcântara, a mesma encontra-se situada na periferia urbana do município, na localidade de Fonte Nova, sendo no modelo de Saúde da Família - ESF desde sua construção e vinculada com o Sistema Único de Saúde (SUS) pela prefeitura. Conta com uma área geográfica de abrangência definida a qual é assistida por duas equipes, constituídas cada uma por um médico clínico geral, uma enfermeira, um técnico em enfermagem e cinco ACS. Está integrado às equipes o apoio matricial de uma equipe do NASF e são desenvolvidas atividades de ensino na área de auxiliar e técnico de enfermagem.

Estruturalmente os aspectos negativos são iluminação artificial e natural deficientes, ventilação natural não satisfatória, portas e janelas inadequadas para

manter a ventilação artificial e as barreiras arquitetônicas, como banheiros não adaptados para pessoas com deficiências e em cadeira de rodas ou com outro tipo de incapacidade, ausência de rampas alternativas, calçadas inadequadas para o deslocamento das pessoas, ausência de corrimão nos corredores.

Só temos uma sala de espera/recepção para todas as consultas e atividades a serem desenvolvidas na unidade. Com boa estrutura contamos apenas com os consultórios médicos, de enfermagem e odontológico e a sala de vacinação. Porém esses espaços são pequenos, mas oferecem boas condições para a equipe trabalhar.

Na UBS não existe local para a farmácia, sala de aerossol e nem sala para administração de medicamentos/observação, junto ao déficit ou em quantidades insuficientes de determinados medicamentos como analgésicos, antiinflamatórios, anti-hipertensivos, hipoglicemiantes. A sala de curativos está em más condições. Daí que a principal estratégia ou prioridade neste caso é a construção de uma nova UBS cumprindo as normas estabelecidas pelo Ministério da Saúde (MS) onde as barreiras arquitetônicas não existam. Essa nova UBS já está em fase de construção e consideramos um grande avanço para nossa equipe e comunidade.

As principais atribuições comuns desenvolvidas por todos os profissionais desenvolvidas na equipe são: processo de territorialização, mapeamento da área de atuação, identificação de famílias, indivíduos e grupos de agravos expostos a riscos, o cuidado em saúde a população e cuidado domiciliar. Um ponto negativo é a ausência de registro e monitoramento dos dados produzidos pela equipe e a não realização de busca ativa dos usuários faltosos e as poucas atividades de promoção em saúde com a comunidade.

A população total da área adstrita é de 6.060 pessoas, divididos em 2.450 do sexo masculino (40,42%) e 3.610 do sexo feminino (59,57%). Sendo a mesma adequada para o tamanho do nosso serviço e das equipes existentes, respondendo à demanda espontânea sem dificuldades e sem excessos na mesma. Na equipe que atuou estão cadastradas 3.060 pessoas em 749 famílias até agora.

As demandas agudas são atendidas no mesmo dia na UBS e quando requerem atendimento de Urgência ou Emergência e internação clínica/cirúrgica são encaminhadas sem grandes dificuldades para a atenção no pronto atendimento e hospital municipal. O acolhimento do usuário é realizado na recepção da unidade

por qualquer um dos profissionais ou por toda a equipe; todos os dias da semana utilizando a classificação de risco clínico e para vulnerabilidade social.

Referente à atenção dos diferentes grupos da população e agravo realizamos uma comparação entre os indicadores do Caderno de Ações Programáticas (CAP) e os dados de cobertura registrados na equipe, conforme a tabela 1.

Tabela 1 – Comparação dos indicadores de coberturas do Caderno de Ações Programáticas (CAP) e as coberturas encontradas na UBS/ESF Dr. Iacy Alcântara, 2015.

Indicadores	Indicador de segundo o CAP.	Número absoluto de cadastrados segundo o SIAB.	Cobertura da ação (%) programática.
Pré-Natal	91	61	67%
Puerpério	128	70	55%
Saúde da Criança	128	75	59%
Câncer de Colo de Útero	1.285	1.009	79%
Câncer de Mama	265	203	77%
Hipertensão Arterial	1.068	191	12,5%
Diabetes Mellitus	305	58	17,0%
Saúde da Pessoa Idosa	310	186	60%
Saúde Bucal	0	0	0

Fonte: Caderno de Ações Programática - Curso de Especialização em Saúde da Família - UFPel/UNASUS, 2015 e Secretaria Municipal de Saúde de Santana - AP. Sistema de informação da Atenção Básica - SIAB, 2015.

*O indicador de cobertura em % e segundo o SIAB.

Continuando com nosso relatório, em relação a atenção à saúde da criança, todas as ações realizadas durante as consultas, vacinação, orientações gerais e específicas são baseadas no manual técnico de atenção às crianças do Ministério da Saúde (BRASIL, 2012). Essas informações são registradas no prontuário da criança e na Caderneta de Saúde da Criança. Um ponto negativo é que não existe um registro específico para o monitoramento destas ações, impactando no desenvolvimento desta atividade e na avaliação da qualidade das ações ofertadas. Os dados do CAP nessa ação programática estão em (75) 59% de cobertura geral, considerado como baixo; as consultas das crianças só alcançam um 57 %, o teste do pezinho antes dos sete dias em um (51 crianças) 68 % e a vacinação em (75) 100%. Como destaque é realizado na UBS os programas do ministério: Saúde de ferro e Suplementação de vitamina A, como também atividades de educação em

saúde para os pais, famílias e comunidade e Educação Permanente em Saúde (EPS) para os membros da equipe na UBS.

Em relação aos dados do CAP, a cobertura de atenção ao pré-natal em nosso serviço obteve 67% de cobertura com 61 gestantes cadastradas, sendo realizado de acordo o manual técnico do Ministério da Saúde (BRASIL, 2012), já que não temos protocolos municipais implantados na UBS. As recomendações clínicas e educativas são cumpridas por toda a equipe durante o acompanhamento das gestantes. As atividades de pré-natal são monitoradas a cada semana, durante as reuniões da equipe avaliando a qualidade das informações e dos dados registrados, assim como os fatores determinantes para intercorrências clínicas e predisponentes para as gestantes faltarem às consultas programadas. E os diferentes indicadores de qualidade que permitirem preencher o questionário, além de oscilar entre um 87 % (53), não satisfazem nossa expectativas; como o referente às consultas em dia, exames laboratoriais e vacinação segundo o calendário do Ministério de Saúde.

É válido ressaltar que devemos continuar trabalhando neste aspecto e criar registros que facilitem nosso trabalho durante as atividades de pré-natal, pois as ações que vem sendo realizadas ainda não são suficientes para a captação da gestação precocemente em 100% dos casos, a assistência disciplinada as consultas agendadas. Um fator importante é que muitas gestantes preferem receber atenção com consultas particulares e não na UBS, mesmo sendo constantemente informadas da qualidade dos serviços ofertados na UBS. Em relação ao puerpério, a cobertura encontrada no CAP foi de 55%.

Em relação aos programas de prevenção do câncer de colo de útero e de mama alguns aspectos são considerados como deficientes, pois as coberturas dos mesmos no CAP são baixas. Em relação ao câncer de colo de útero a cobertura encontrada foi de 79% e dele um 68% (686 feminais) com exame citopatológico em dia e o câncer de mama em 77% das quais só 62% (126) receberam orientação sobre prevenção e um 11% (23) foi avaliado um tipo de risco. Daí que reconhecemos a importância de organizar o processo de trabalho. Os principais problemas enfrentados são: dificuldade na equipe organizar ações de promoção da saúde sobre a temática e por causas externas como a demora na expedição dos resultados das amostras citológicas, falta da equipe de ultrassonografia e mamógrafo para o programa, etc. Todo elo nos leva a incrementar as pesquisas na comunidade, criar estratégias que melhorem a coberturas dos programas, etc.

A principal dificuldade que diagnosticamos durante a Análise Situacional na UBS/Equipe foi ao programa de atenção aos usuários hipertensos (191) e diabéticos (58), já que as coberturas encontradas nos registros da equipe e os indicadores do CAP estão muito distantes e divergentes. A cobertura para a atenção aos usuários com hipertensão encontrada foi de 12,5% e para o diabetes foi de 17,0%.

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) tem um número oculto de morbimortalidade dentro da nossa população com mais de 20 anos e uma alta prevalência de usuários acometidos por essa patologia. O Diabetes Mellitus (DM) está relacionado principalmente com a alimentação desequilibrada, rica em gorduras, carboidratos, açúcares e produtos industrializados, e pobre em vegetais, legumes e frutas, ao sedentarismo, obesidade e tabagismo. Muitos usuários apresentam a HAS e o DM.

Na UBS são realizadas ações voltadas para os hipertensos e diabéticos, no grupo chamado de HIPERDIA, mensalmente, uma vez por semana, com o atendimento dos usuários, aferição de pressão arterial, glicemia capilar, renovação das receitas de controle e entrega da medicação pela farmácia da UBS. Porém percebe-se que os cadastros dos hipertensos e diabéticos não estão sendo realizados de forma permanente e principalmente sendo atualizados. No território não temos um quantitativo exato de quantos usuários estão cadastrados.

Esses usuários são atendidos visando apenas analisar o seu estado clínico atual e renovar as suas receitas, além das ações educativas, através de palestras que são realizadas pela equipe da ESF. Percebe-se que a estratificação do risco cardiovascular não vem sendo desenvolvida, a avaliação do cuidado em saúde pelos usuários, família e comunidade e os atendimentos de Saúde Bucal.

Outra questão importante é sobre o monitoramento dos dados, que não existe nessa ação programática. Sabemos apenas quantos usuários foram atendidos com hipertensão e diabetes no mês, mas não conhecemos todas as suas características clínicas e quais serviços foram ofertados naquele mês para esses usuários.

A atenção à saúde dos idosos (186 cadastrados) na nossa UBS/Equipe requer estratégias específicas já que é um grupo com demandas especiais dentro da população e é onde apresentasse o maior número de pessoas com diabetes mellitus, hipertensão arterial, doenças neurológicas com caráter degenerativo e

afecções do sistema ósseo que aumentam as incapacidades deste grupo etário que requiere de cuidados especiais para evitar os acidentes que poderiam ocorrer.

Pela avaliação dos dados da UBS, a cobertura no CAP para essa ação foi de 60%, onde estamos conseguindo desenvolver a maioria das ações voltadas para os idosos, sem dificuldades. Nossos idosos contam com caderneta de saúde da pessoa idosa em sua totalidade (100%), mas ainda estamos trabalhando para que todos os profissionais de saúde da equipe passem a registrar os dados na caderneta.

Outro problema é relacionado à Avaliação multidimensional do idoso com o qual teríamos identificados os idosos com maiores riscos segundo suas capacidades físicas, motoras, mentais e visuais. Porém este é outro item a ser trabalhado pela equipe já que só foi feita em 83 dele para um 45,0 %.

Os aspectos referentes à saúde bucal não foram analisados porque a equipe está funcionando em uma casa alugada e não contamos com o serviço de odontologia e nem com a cadeira odontológica. Essa situação dificulta o desenvolvimento da atenção programada e das ações coletivas em saúde bucal em nossa área de abrangência. E os principais afetados são a população que não recebe este tipo de consulta e em especial as crianças, gestantes, hipertensos, diabéticos e os idosos.

As principais dificuldades para o desenvolvimento desta unidade, onde tivemos que preencher vários questionários, foi relacionado aos registros deficientes, controles inadequados e ausência de monitoramento dos dados produzidos. Alguns dados solicitados para indicadores de coberturas tiveram seus resultados abaixo da porcentagem prevista estatisticamente, sendo um forte indicativo das deficiências sinaladas. Assim como a falta de consultas especializadas de pediatria, ginecologia, odontologia, etc.

O ponto positivo deste trabalho foi a mudança no olhar sobre os dados produzidos pela equipe, a importância em registrar as informações e o monitoramento permanente deles. Identificamos todos nossos erros e como a equipe pode estar reorganizando o seu processo de trabalho para acrescentar-nos ante estas dificuldades e como proposta melhorar de forma geral nosso trabalho mediante a validação do mesmo com registros definidos.

1.3 Comentário comparativo entre o texto inicial e o Relatório da Análise Situacional.

Existem diferenças entre um texto e outro já que no primeiro texto eu recém começava meu trabalho na Atenção Primária de Saúde do Brasil e não conhecia todos os aspectos relacionados à organização do trabalho assim como à infraestrutura e função da UBS e como eles dificultam direta ou indiretamente o desenvolvimento do nosso desempenho e sua repercussão em a atenção adequada a os cuidados da saúde dos diferentes grupos de usuários em nossa área de abrangência, sobre os insumos e sua distribuição nas unidades e de como e deficiente a oferta dos mesmos referentes às demandas, não conhecia as atribuições comuns e específicas de cada profissional da equipe e o processo de trabalho nos grupos prioritários na ESF.

Referente à unidade ofertada pelo curso de especialização, ela foi de suma importância para que identificássemos na nossa equipe os principais problemas nos registros de dados e assim como as deficiências existentes no monitoramento da realização das ações programáticas e respectivamente a seleção de uma ação mais deficiente para estarmos desenvolvendo o projeto de intervenção e assim melhorar nossos indicadores em saúde e a qualidade de vida de nossos usuários.

Algumas ações que foram apontadas no início do curso, durante a realização das atividades foram sendo organizado, como o acolhimento dos usuários na UBS, que passou a ser realizada por toda a equipe de ESF, a distribuição de responsabilidades quanto a exame físico, as visitas domiciliares, realização de testes rápidos, agendamento das consultas, busca de faltosos e atendimentos para a demanda espontânea, sistemas de alerta, garantia dos materiais adequados, ações desenvolvidas com a comunidade e de monitoramento e avaliação. Passamos a registrar todos os atendimentos individuais nos prontuários dos usuários e nas cadernetas de saúde da criança e da gestante com o que começo a melhorar as estatísticas e contamos com registro quantitativo de nosso trabalho.

Estamos organizando os registros para serem realizados na caderneta de saúde da pessoa idosa e principalmente no cartão dos usuários hipertenso e diabético. Os dados passaram a ser registrados também em cadernos de controle interno da equipe e os todos os manuais do Ministério da Saúde foram ofertados na

modalidade arquivo eletrônicos pela coordenação do curso de especialização e divulgados para a equipe, conforme as atividades vinham sendo realizadas.

A nossa UBS em breve estará passando por uma fase de ampliação e melhoras da infraestrutura existente, ofertando assim um padrão de qualidade para os atendimentos aos usuários do território de atuação e conforto para a equipe de saúde possa desenvolver as suas atividades e práticas de cuidado em saúde com qualidade.

2 Análise Estratégica

2.1 Justificativa

A execução deste projeto de intervenção em nossa comunidade tem como justificativa que HAS e o DM são apontados como os principais fatores de risco para as doenças cardiovasculares que, por sua vez, constituem a principal causa de morbimortalidade na população brasileira, motivo pelo qual representam agravos à Saúde Pública, dos quais 60% a 80% dos casos podem ser tratados na rede básica de saúde, com destaque para as equipes de ESF (BRASIL, 2013a; BRASIL, 2013b; HENRIQUEI, COSTAI, VILETII, et al, 2008).

Nossa UBS encontrasse em reforma e ampliação desde julho/2014 com a finalidade de melhorar os serviços de atenção da população da área de abrangência e a sua estrutura. Possui duas equipes de ESF constituídas cada uma por uma enfermeira, um médico clínico geral, um técnico em enfermagem e cinco ACS. Com uma população, em sua maioria urbana, estimada de 6.060 pessoas cadastradas, onde nossa equipe é responsável por 3.060 pessoas. A comunidade apresenta baixo nível sociocultural e econômico, em sua maior parte, maus hábitos alimentares demonstrados por elevados níveis de colesterol e triglicerídeos em exames de sangue realizados de forma aleatória pela população, assim como sedentarismo, obesidade, tabagismo, etc.

Da população adstrita a UBS somente 18% tem diagnóstico clínico realizado para HAS (191 usuários), deste, apenas 19% (36 usuários) tem a estratificação de risco cardiovascular realizada e registrado no prontuário e 50% (96), receberem orientação sobre práticas de exercícios e alimentação saudável. O mesmo acontece com a DM que apresenta em 19% (58 adultos), 28% foram estratificados para o risco cardiovascular e 64% (37) apresentam exames complementares, exame físico, de sensibilidade e dos pulsos em dia.

Apesar dos problemas identificados no questionário para doenças crônicas aplicadas na unidade de análise situacional do curso da UFPel, da falta de registros e controle para as mesmas, assim como todo o explicitado anteriormente, contamos com o apoio dos profissionais e diretora da UBS e do gestor de Atenção Primária de Saúde (APS) na secretaria municipal. Entende-se que a aplicação do projeto de intervenção proposto auxiliará na qualificação das ações de saúde destes grupos de usuários da nossa população assim como de nossa equipe de saúde da família.

2.2 Objetivos e metas

2.2.1 Objetivo geral

Melhorar a Atenção aos usuários com Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou Diabetes Mellitus, na Unidade Básica de Saúde Dr. Alcântara, Santana/AP.

2.2.2 Objetivos específicos e metas

Objetivo 1: Ampliar a cobertura a hipertensos e/ou diabéticos

Meta 1.1: Cadastrar 70% dos hipertensos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde

Meta 1.2: Cadastrar 70% dos diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Objetivo 2: Melhorar a qualidade da atenção a hipertensos e/ou diabéticos

Meta 2.1: Realizar exame clínico apropriado em 100% dos hipertensos.

Meta 2.2: Realizar exame clínico apropriado em 100% dos diabéticos.

Meta 2.3: Garantir a 100% dos hipertensos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Meta 2.4: Garantir a 100% dos diabéticos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Meta 2.5: Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 2.6: Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 2.7: Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos hipertensos.

Meta 2.8: Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos diabéticos.

Objetivo 3: Melhorar a adesão de hipertensos e/ou diabéticos ao programa

Meta 3.1: Buscar 100% dos hipertensos faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.

Meta 3.2: Buscar 100% dos diabéticos faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.

Objetivo 4: Melhorar o registro das informações

Meta 4.1: Manter ficha de acompanhamento de 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 4.2: Manter ficha de acompanhamento de 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Objetivo 5: Mapear hipertensos e diabéticos de risco para doença cardiovascular

Meta 5.1: Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 5.2: Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Objetivo 6: Promover a saúde de hipertensos e diabéticos

Meta 6.1: Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos hipertensos.

Meta 6.2: Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos diabéticos.

Meta 6.3: Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos usuários hipertensos.

Meta 6.4: Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos usuários diabéticos.

Meta 6.5: Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos usuários hipertensos.

Meta 6.6: Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos usuários diabéticos.

Meta 6.7: Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos usuários hipertensos.

Meta 6.8: Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos usuários diabéticos.

2.3 Metodologia

O presente Projeto de Intervenção (PI) será desenvolvido no período de Fevereiro a Maio de 2015, na UBS Dr. Iacy Alcântara no município de Santana/AP, visando alcançar a meta estabelecida pelo MS. Participarão da intervenção pessoas com 20 anos ou mais, residentes na área de abrangência da UBS e que apresentam hipertensão arterial sistêmica e/ou diabetes mellitus.

O PI estava inicialmente programado para ser desenvolvido em 16 semanas, porém terá que ser encurtado para 12 semanas, conforme orientação da coordenação do curso de especialização, devido às particularidades da turma do Programa Mais Médicos, que esteve de férias, sem acesso ao Ambiente Virtual de Aprendizagem/Moodle do curso.

As ações a serem realizadas neste trabalho, serão descritas, a seguir, detalhadamente, contemplando os respectivos eixos pedagógicos do curso: organização e gestão do serviço, monitoramento e avaliação, engajamento público e qualificação da prática clínica.

2.3.1 Detalhamento das ações

Objetivo 1. Ampliar a cobertura a hipertensos e/ou diabéticos.

Meta 1: Cadastrar 70% dos hipertensos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde

Monitoramento e avaliação

Ação: Monitorar o número de hipertensos cadastrados no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Detalhamento: O médico e a enfermeira farão o monitoramento semanal do número de hipertensos cadastrados no programa HAS e DM da UBS. Também será monitorado a confirmação diagnóstica e início da terapêutica e cadastramento de forma contínua nas consultas, visitas domiciliares e ações da saúde na comunidade pela equipe; vinculação e acompanhamento dos usuários portadores de HAS e DM às unidades básicas de saúde pela equipe e os ACS.

Organização e gestão do serviço.

Ação: Garantir o registro dos hipertensos cadastrados no Programa.

Detalhamento: O médico com apoio de cada equipe de saúde fará o registro dos usuários com doenças crônicas não transmissíveis nas fichas espelhos e na planilha de coleta de dados, atualizando-o de forma contínua e periódica.

Ação: Melhorar o acolhimento para os usuários portadores de HAS.

Detalhamento: O acolhimento será realizado por todos os profissionais da UBS e, para tanto, será realizada capacitação contínua na unidade das pessoas que fazem o acolhimento dos usuários para a classificação do risco biológico, a vulnerabilidades e evitar as demoras utilizando a carta dos direitos dos usuários.

Ação: Garantir material adequado para a tomada da medida da pressão arterial (esfigmomanômetro, manguitos, fita métrica) na unidade de saúde.

Detalhamento: Será feita sensibilização dos gestores de saúde municipal da importância do projeto e da compra do equipamento adequado para a tomada de pressão arterial; fortalecer o comprometimento dos gestores para priorizar os programas de doenças crônicas não transmissíveis com a obtenção de medicamentos e tecnologia essencial.

Engajamento público

Ação: Informar a comunidade sobre a existência do Programa de Atenção à usuários com Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Detalhamento: A equipe de saúde elaborará e distribuirá folders na população adstrita com informação sobre o Programa de Atenção a usuários com

Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus como doenças crônicas não transmissíveis e como um problema de saúde na atualidade, além de palestras mensais em a comunidade informando sobre o programa e esclarecer as dúvidas presentes. Também em as palestras educativas feitas na unidade antes das consultas.

Ação: Informar a comunidade sobre a importância de medir a pressão arterial a partir dos 18 anos, pelo menos, anualmente.

Detalhamento: A equipe informará a comunidade nas consultas, em palestras abertas à comunidade, nos grupos, quanto à importância da toma de pressão arterial anualmente explicando os riscos associados à doença.

Ação: Orientar a comunidade sobre a importância do rastreamento para DM em adultos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg.

Detalhamento: Explicar a os usuários com níveis tensionais sustentadas maior de 135/80 mmHg e sua associar com a Diabetes mellitus.

Ação: Orientar a comunidade sobre os fatores de risco para o desenvolvimento de hipertensão e diabetes.

Detalhamento: Elaborar e distribuir folders na localidade com orientação de boas práticas na prevenção de doenças do aparelho circulatório e diabetes mellitus; fazer palestras educativas na unidade e na comunidade sobre os fatores de risco para o desenvolvimento das doenças crônicas; publicar no mural da unidade os fatores de riscos e como mediante a modificação do estilo de vida podemos preveni-las e promover e cuidado integral mediante ações da linha de cuidado pessoal com promoção de saúde. Sendo responsável o técnico em enfermagem pela coordenação das diferentes atividades: Folders, palestras e organização do mural e supervisionado pôr o médico da equipe.

Qualificação da prática clínica

Ação: Capacitar os ACS para o cadastramento de hipertensos de toda área de abrangência da unidade de saúde.

Detalhamento: O médico e a enfermeira farão atividades educativas nos dias de reunião de equipe (semanalmente) dirigida a os ACS referente à Hipertensão Arterial, fatores de risco para a mesma, sintomas, etc.

Ação: Capacitar a equipe da unidade de saúde para verificação da pressão arterial de forma criteriosa, incluindo uso adequado do manguito.

Detalhamento: O médico e a enfermeira demonstrar a forma correta da verificação da tensão arterial entre os membros da equipe.

Meta 2: Cadastrar 70% dos diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Monitoramento e avaliação

Ação: Monitorar o número de diabéticos cadastrados no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Detalhamento: O médico e a enfermeira farão o monitoramento semanal do número de hipertensos cadastrados no programa HAS e DM da UBS. Também será monitorado a confirmação diagnóstica e início da terapêutica e cadastramento de forma contínua nas consultas, visitas domiciliares e ações da saúde na comunidade pela equipe; vinculação e acompanhamento dos usuários portadores de HAS e DM às unidades básicas de saúde pela equipe e ACS.

Organização e gestão do serviço

Ação: Garantir o registro dos diabéticos cadastrados no Programa.

Detalhamento: O médico com apoio de cada equipe de saúde fará o registro dos usuários com doenças crônicas não transmissíveis nas fichas espelhos e na planilha de coleta de dados, atualizando-o de forma contínua e periódica.

Ação: Melhorar o acolhimento para os usuários portadores de diabetes.

Detalhamento: o acolhimento para os usuários portadores de HAS.

Detalhamento: O acolhimento será realizado por todos os profissionais da UBS e, para tanto, será realizada capacitação contínua na unidade das pessoas que fazem o acolhimento dos usuários para a classificação do risco biológico, a vulnerabilidades e evitar as demoras utilizando a carta dos direitos dos usuários.

Ação: Garantir material adequado para realização do hemoglicoteste na unidade de saúde.

Detalhamento: Será feita sensibilização dos gestores de saúde municipal da importância do projeto e da compra do equipamento adequado para a tomada de pressão arterial; fortalecer o comprometimento dos gestores para priorizar os programas de doenças crônicas não transmissíveis com a obtenção de medicamentos e tecnologia essencial.

Engajamento público

Ação: Informar a comunidade sobre a existência do Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Detalhamento: A equipe de saúde irá elaborar e distribuir folders na localidade com orientação sobre o Programa de Atenção Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde e informando sobre o programa a líderes da comunidade assim como em palestras educativas feitas na unidade antes das consultas.

Ação: Informar a comunidade sobre a importância de medir a pressão arterial a partir dos 18 anos, pelo menos, anualmente.

Detalhamento: Será informada e sensibilizada a população quanto à importância da verificação da pressão arterial anualmente explicando os riscos associados à doença de forma continua nas vistas domiciliares.

Ação: Orientar a comunidade sobre a importância do rastreamento para DM em adultos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg.

Detalhamento: Os profissionais de saúde irão orientar a comunidade sobre a importância do rastreamento para DM em adultos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg.

Ação: Orientar a comunidade sobre os fatores de risco para o desenvolvimento de hipertensão e diabetes mellitus.

Detalhamento: Realizar atividades mensais na comunidade com a utilização de técnicas participativas onde sejam tratados de forma didáticas os diferentes fatores de risco para o desenvolvimento das doenças crônicas e sua prevenção mediante boas práticas para a modificação do estilo de vida e assim promover o cuidado integral da saúde. Publicar no mural da unidade os fatores de riscos modificáveis e não modificáveis como mediante

Qualificação da prática clínica

Ação: Capacitar os ACS para o cadastramento de diabéticos de toda área de abrangência da unidade de saúde.

Detalhamento: Será realizada capacitação pela enfermeira dirigida aos ACS para o cadastramento de diabéticos de toda área de abrangência da unidade de saúde na reunião de equipe (semanalmente) dirigida a os ACS referente à Hipertensão Arterial.

Ação: Capacitar a equipe da unidade de saúde para realização do hemoglicoteste em adultos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg.

Detalhamento: Será realizado aulas práticas demonstrativas pelo médico e enfermeira sobre a realização do hemoglicoteste em adultos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg antes das consultas, segundo seja o caso, os dias de consulta a grupos de agravos.

Objetivo 2. Melhorar a qualidade da atenção a hipertensos e/ou diabéticos.

Meta 3: Realizar exame clínico apropriado em 100% dos hipertensos.

Monitoramento e avaliação

Ação: Monitorar a realização de exame clínico apropriado dos usuários hipertensos.

Detalhamento: a equipe será capacitada para realizar a triagem dos usuários antes da consulta (tomada da tensão arterial, a frequência cardíaca, o teste de glicose rápida, o peso, a estatura e temperatura). O médico e a enfermeira monitorarão a realização de exame clínico apropriado dos usuários hipertensos.

Organização e gestão do serviço.

Ação: Definir atribuições de cada membro da equipe no exame clínico de usuários hipertensos.

Detalhamento: o técnico em enfermagem irá fazer a triagem, a enfermeira verificará a pressão arterial e o teste de glicose e o médico a consulta, exame físico geral e seguimento, assim como monitoramento do prontuário clínico de cada usuário.

Ação: Organizar a capacitação dos profissionais de acordo com os protocolos adotados pela unidade de saúde.

Detalhamento: Médico e enfermeira irão organizar cada semana na reunião da equipe um tema do Protocolo de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus, estimulando a busca de temas para estimular o auto estudo e atualização profissional.

Ação: Estabelecer periodicidade para atualização dos profissionais.

Detalhamento: a periodicidade para atualização dos profissionais será semanal durante o projeto e mensal logo de concluído este.

Ação: Dispor de versão atualizada do protocolo impressa na unidade de saúde.

Detalhamento: sensibilizar aos gestores municipais da importância da disponibilização na unidade de saúde do protocolo impresso para o manejo por parte dos profissionais das normas e diretrizes no manejo das doenças crônicas transmissíveis.

Engajamento público

Ação: Orientar os usuários e a comunidade quanto aos riscos de doenças cardiovasculares e neurológicas decorrentes da hipertensão e sobre a importância de ter os pés, pulsos e sensibilidade de extremidades avaliadas periodicamente.

Detalhamento: realização de oficinas pôr o médico da equipe mensalmente sobre doenças do aparelho circulatório e seus fatores de risco, realizar exame da sensibilidade superficial e verificação dos pulsos periféricos a usuários com doenças cardiovasculares segundo o protocolo, explicar os sinais de alarma, assim como a importância do uso de calçado apropriado, de medias não apertados, evitar ficar sem sapatos e sobre os cuidados dos pés, etc., em cada consulta e a os familiares dos usuários nas visitas domiciliares

Qualificação da prática clínica

Ação: Capacitar a equipe para a realização de exame clínico apropriado.

Detalhamento: aulas teóricas práticas do exame físico do aparelho cardiovascular, circulatório periférico e neurológico pôr o médico a equipe com uma periodicidade semanal durante a intervenção e logo mensalmente durante sua aplicação na unidade.

Meta 4: Realizar exame clínico apropriado em 100% dos diabéticos.

Monitoramento e avaliação

Ação: Monitorar a realização de exame clínico apropriado dos usuários diabéticos.

Detalhamento: a equipe será capacitada para realizar a triagem dos usuários antes da consulta (tomada da tensão arterial, a frequência cardíaca, o teste de glicose rápida, o peso, a estatura e temperatura). O médico e a enfermeira monitorarão a realização de exame clínico apropriado dos usuários hipertensos.

Organização e gestão do serviço

Ação: Definir atribuições de cada membro da equipe no exame clínico de usuários diabéticos.

Detalhamento: o técnico em enfermagem irá fazer a triagem, a enfermeira verificará a pressão arterial e o teste de glicose e o médico a consulta, exame físico

geral e seguimento, assim como monitoramento do prontuário clínico de cada usuário.

Ação: Organizar a capacitação dos profissionais de acordo com os protocolos adotados pela unidade de saúde.

Detalhamento: O médico e enfermeira irão organizar cada semana na reunião da equipe um tema do Protocolo de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus, estimulando a busca de temas para estimular o auto estudo e atualização profissional.

Ação: Estabelecer periodicidade para atualização dos profissionais.

Detalhamento: a periodicidade para atualização dos profissionais será semanal durante o projeto e mensal logo de concluído este.

Ação: Dispor de versão atualizada do protocolo impressa na unidade de saúde.

Detalhamento: sensibilizar aos gestores municipais da importância da disponibilização na unidade de saúde, do protocolo impresso para o manejo por parte dos profissionais das normas e diretrizes no manejo das doenças crônicas transmissíveis.

Engajamento público

Ação: Orientar os usuários e a comunidade quanto aos riscos de doenças cardiovasculares e neurológicas decorrentes do diabetes e sobre a importância de ter os pés, pulsos e sensibilidade de extremidades avaliadas periodicamente.

Detalhamento: realização de oficinas por o médico e a enfermeira mensalmente sobre doenças do aparelho circulatório e seus fatores de risco; realizar exame da sensibilidade superficial e verificação dos pulsos periféricos a usuários com doenças cardiovasculares segundo o protocolo; explicar os sinais de alarma, assim como a importância do uso de calçado apropriado, de medias não apertados, evitar ficar sem sapatos e sobre os cuidados dos pés, etc., em cada consulta e a os familiares dos usuários nas visitas domiciliares.

Qualificação da prática clínica

Ação: Capacitar a equipe para a realização de exame clínico apropriado.

Detalhamento: aulas teóricas práticas do exame físico do aparelho cardiovascular, circulatório periférico e neurológico pelo médico da equipe com uma periodicidade semanal durante a intervenção e logo mensalmente durante sua aplicação na unidade.

Meta 5: Garantir a 100% dos hipertensos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Monitoramento e avaliação

Ação: Monitorar o número de hipertensos com exames laboratoriais solicitados de acordo como protocolo adotado na unidade de saúde.

Detalhamento: Será monitorado semanalmente pelo médico e enfermeira o controle dos exames solicitados nas consultas de seguimento pelo médico, através de avaliação dos prontuários clínicos individuais em cada consulta.

Ação: Monitorar o número de hipertensos com exames laboratoriais solicitados de acordo com a periodicidade recomendada.

Detalhamento: Será monitorado semanalmente pelo médico e enfermeira através de avaliação dos prontuários clínicos individuais; quando identificar os usuários que não tiverem exames feitos com a periodicidade recomendada, será realizado visitas domiciliares pelos ACS.

Organização e gestão do serviço

Ação: Garantir a solicitação dos exames complementares.

Detalhamento: Será indicado pelo médico ou enfermeira os exames complementares a cada usuário na consulta segundo protocolo.

Ação: Garantir com o gestor municipal agilidade para a realização dos exames complementares definidos no protocolo.

Detalhamento: sensibilizar aos gestores municipais sobre a importância da realização dos exames complementares neste grupo de usuários segundo a periodicidade recomendada assim como a disponibilidade do recurso material para o laboratório.

Ação: Estabelecer sistemas de alerta os exames complementares preconizados.

Detalhamento: Para esta ação contataremos com o laboratório municipal, pois não conto com o serviço na unidade de saúde para tal ação.

Engajamento público

Ação: Orientar os usuários e a comunidade quanto à necessidade de realização de exames complementares.

Detalhamento: explicar em cada consulta sobre a importância e a necessidade de realização dos exames complementares, a importância do seguimento de forma preventiva para as possíveis complicações que poderiam

apresentar-se nestes casos; na comunidade orientar aos familiares dos usuários da importância dos exames complementares indicados para uma avaliação clínica adequado dos usuários.

Ação: Orientar os usuários e a comunidade quanto à periodicidade com que devem ser realizados exames complementares.

Detalhamento: A equipe de saúde irá informar nas visitas domiciliares, consultas e palestras educativas oferecidas na unidade os usuários e a comunidade sobre a periodicidade que devem ser feitos os exames pelos usuários com doenças crônicas utilizando os protocolos, mural e outras fontes de informações escritas.

Qualificação da prática clínica

Ação: Capacitar a equipe para seguir o protocolo adotado na unidade de saúde para solicitação de exames complementares.

Detalhamento: Em cada reunião semanal da equipe de saúde será analisado os exames a realizar segundo protocolo e a importância dos mesmos para os usuários; avaliar o cumprimento das indicações pela equipe dos exames complementares em cada consulta programada segundo o protocolo.

Meta 6: Garantir a 100% dos diabéticos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Monitoramento e avaliação

Ação: Monitorar o número de diabéticos com exames laboratoriais solicitados de acordo como protocolo adotado na unidade de saúde.

Detalhamento: O médico e a enfermeira farão o monitoramento semanal do controle dos exames solicitados nas consultas de seguimento de forma contínua, avaliando os prontuários clínicos individuais em cada consulta.

Ação: Monitorar o número de diabéticos com exames laboratoriais solicitados de acordo com a periodicidade recomendada.

Detalhamento: Será monitorado semanalmente pelo médico e enfermeira através de avaliação dos prontuários clínicos individuais; quando identificar os usuários que não tiverem exames feitos com a periodicidade recomendada, será realizado visitas domiciliares pelos ACS.

Organização e gestão do serviço

Ação: Garantir a solicitação dos exames complementares.

Detalhamento: O médico e a enfermeira indicarão os exames complementares a cada usuário na consulta segundo protocolo.

Ação: Garantir com o gestor municipal agilidade para a realização dos exames complementares definidos no protocolo.

Detalhamento: sensibilizar aos gestores municipais sobre a importância da realização dos exames complementares neste grupo de usuários segundo a periodicidade recomendada assim como a disponibilidade do recurso material para elo no laboratório.

Ação: Estabelecer sistemas de alerta os exames complementares preconizados.

Detalhamento: Para esta ação contataremos com o laboratório municipal pois não conto com o serviço na unidade de saúde para tal ação.

Engajamento público

Ação: Orientar os usuários e a comunidade quanto à necessidade de realização de exames complementares.

Detalhamento: explicar em cada consulta sobre a importância e necessidade de realização dos exames complementares, da importância do seguimento de forma preventiva para as possíveis complicações que poderiam apresentar-se nestes casos; na comunidade orientar aos familiares dos usuários da importância dos exames complementares indicados para uma avaliação clínica adequado dos usuários.

Ação: Orientar os usuários e a comunidade quanto à periodicidade com que devem ser realizados exames complementares.

Detalhamento: Será orientado e informado aos usuários e a comunidade pela equipe de saúde nas visitas domiciliares, consultas e palestras educativas oferecidas na unidade sobre a periodicidade que devem ser feitos os exames pelos usuários com doenças crônicas utilizando os protocolos, mural e outras fontes de informações escritas.

Qualificação da prática clínica

Ação: Capacitar a equipe para seguir o protocolo adotado na unidade de saúde para solicitação de exames complementares.

Detalhamento: Em cada reunião semanal da equipe de saúde será analisado os exames a realizar segundo protocolo e a importância dos mesmos para os usuários; avaliar o cumprimento das indicações pela equipe dos exames complementares em cada consulta programada segundo o protocolo.

Meta 7: Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Monitoramento e avaliação

Ação: Monitorar o acesso aos medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia.

Detalhamento: Manter contato com as farmácias populares mediante o gestores de saúde do município para orientar os sobre a disponibilidade e obtenção dos medicamentos anti-hipertensivos e hipoglicemiantes.

Organização e gestão do serviço

Ação: Realizar controle de estoque (incluindo validade) de medicamentos.

Detalhamento: Será realizado semanalmente na farmácia da unidade todas antes de começar o trabalho verificar a existência dos medicamentos pelo médico ou pela enfermeira.

Ação: Manter um registro das necessidades de medicamentos dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Detalhamento: Será informado mensalmente na farmácia o número de usuários hipertensos ou diabéticos existentes e o número deles cadastrados recentemente pelo médico e/ou enfermeira com a finalidade de aumentar o número dos medicamentos a solicitar e assim não haver problemas para o tratamento dos mesmos.

Engajamento público

Ação: Orientar os usuários e a comunidade quanto ao direito dos usuários de ter acesso aos medicamentos Farmácia Popular/Hiperdia e possíveis alternativas para obter este acesso.

Detalhamento: informar em cada consulta sobre os direitos quanto a ter acesso aos medicamentos na Farmácia popular, a unidade assim como eles podem obter em outra unidade de saúde, com a receita médica, seu tratamento sem custo; utilizando a carta dos direitos dos usuários como principal arma para elo.

Qualificação da prática clínica

Ação: Realizar atualização do profissional no tratamento da hipertensão.

Detalhamento: cada semana abordar um dos grupos de medicamentos a utilizar no tratamento da hipertensão e a diabetes mellitus na reunião da equipe assim como aqueles que não formam parte do estoque da unidade, sendo os responsáveis o médico ou a enfermeira.

Ação: Capacitar a equipe para orientar os usuários sobre as alternativas para obter acesso a medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia.

Detalhamento: informar a todos os membros da equipe, em especial os ACS que mais frequentam a comunidade da área de abrangência, sobre as alternativas para obter acesso a medicamentos da farmácia Popular/Hiperdia mediante a informação semanal nas reuniões da equipe ou no momento que for necessário.

Meta 8: Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Monitoramento e avaliação

Ação: Monitorar o acesso aos medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia.

Detalhamento: Manter contato com as farmácias populares mediante o gestores de saúde do município para orientar aos sobre a disponibilidade e obtenção dos medicamentos anti-hipertensivos e hipoglicemiantes.

Organização e gestão do serviço

Ação: Realizar controle de estoque (incluindo validade) de medicamentos.

Detalhamento: Será realizado semanalmente na farmácia da unidade todas antes de começar o trabalho verificar a existência dos medicamentos pelo médico ou pela enfermeira.

Ação: Manter um registro das necessidades de medicamentos dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Detalhamento: informar mensalmente na farmácia o número de usuários hipertensos e diabéticos existentes e o número deles cadastrados recentemente pelo médico ou enfermeira com a finalidade de aumentar o número dos medicamentos a solicitar e assim não haver problemas para o tratamento dos mesmos.

Engajamento público

Ação: Orientar os usuários e a comunidade quanto ao direito dos usuários de ter acesso aos medicamentos Farmácia Popular/Hiperdia e possíveis alternativas para obter este acesso.

Detalhamento: informar em cada consulta sobre os direitos quanto a ter acesso aos medicamentos na Farmácia popular, a unidade assim como eles podem obter em outra unidade de saúde, com a receita médica, seu tratamento sem custo; utilizando a carta dos direitos dos usuários como principal arma para elo.

Qualificação da prática clínica

Ação: Realizar atualização do profissional no tratamento da hipertensão.

Detalhamento: A cada semana será abordado um dos grupos de medicamentos a utilizar no tratamento da hipertensão e diabetes mellitus na reunião de equipe assim como aqueles que não formam parte do estoque da unidade, sendo os responsáveis o médico ou a enfermeira.

Ação: Capacitar a equipe para orientar os usuários sobre as alternativas para obter acesso a medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia.

Detalhamento: informar a todos os membros da equipe, em especial aos ACS que mais frequentam a comunidade da área de abrangência, sobre as alternativas para obter acesso a medicamentos da farmácia Popular/Hiperdia mediante a informação semanal nas reuniões da equipe ou no momento que fosse necessário.

Meta 9: Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos hipertensos.

Monitoramento e avaliação

Ação: Monitorar os hipertensos que necessitam de atendimento odontológico.

Detalhamento: Serão monitorados semanalmente os hipertensos que necessitam de atendimento odontológico. O médico ou a enfermeira farão exame bucal aos usuários na consulta agendada de acordo com o protocolo para determinar se o usuário deve ser encaminhado ao serviço odontológico para avaliação e tratamento; explicar a importância da higiene bucal na prevenção das infecções orais a os usuários em cada consulta e a população nas palestras.

Organização e gestão do serviço

Ação: Organizar a ação para avaliação da necessidade de atendimento odontológico dos hipertensos;

Detalhamento: todas as semanas será organizada pela auxiliar de saúde bucal o agendamento dos usuários hipertensos e diabéticos, sem demonstrar preferência, para uma adequada atenção e orientação odontológica; garantir à assistência a consulta odontológica destes grupos sendo os responsáveis a os ACS pelos faltosos.

Ação: Organizar a agenda de saúde bucal (se possível) para a realização do atendimento dos hipertensos provenientes da avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Detalhamento: coordenar um dia a semana para estar possível para a atenção a hipertensos e diabéticos pela odontologia sendo o responsável por isso o auxiliar de saúde bucal da unidade.

Engajamento público

Ação: Orientar a comunidade sobre a importância de realizar avaliação da saúde bucal, especialmente dos hipertensos e diabéticos.

Detalhamento: nas palestras educativas feitas diariamente na unidade será incorporado o tema da saúde bucal tendo como responsável o cirurgião dentista ou a técnica de saúde bucal; divulgar na comunidade a importância da saúde bucal em geral e especialmente em hipertensos e diabéticos; promover ações de saúde bucal desenvolvida durante as visitas domiciliares por a equipe de saúde da família e a equipe de saúde bucal da unidade uma vez ao mês.

Qualificação da prática clínica

Ação: Capacitar a equipe para avaliação da necessidade de atendimento odontológico dos hipertensos.

Detalhamento: como responsáveis o odontologista capacitar a equipe de saúde da família durante o projeto da importância de atendimento dos hipertensos e diabéticos utilizando seus conhecimentos; na reunião semanal abordar este tema conjunto a outros já propostos como de importância na atenção deste grupo da população e suas consequências negativas utilizando os protocolos disponíveis para o tema.

Meta 10: Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos diabéticos.

Monitoramento e avaliação

Ação: Monitorar os hipertensos que necessitam de atendimento odontológico.

Detalhamento: Serão monitorados semanalmente os hipertensos que necessitam de atendimento odontológico. O médico ou a enfermeira farão exame bucal aos usuários na consulta agendada de acordo com o protocolo para determinar se o usuário deve ser encaminhado ao serviço odontológico para avaliação e tratamento; explicar a importância da higiene bucal na prevenção das infecções orais a os usuários em cada consulta e a população nas palestras.

Organização e gestão do serviço

Ação: Organizar a ação para avaliação da necessidade de atendimento odontológico dos hipertensos;

Detalhamento: todas as semanas será organizado pela auxiliar de saúde bucal o agendamento dos usuários hipertensos e diabéticos, sem demonstrar preferência, para uma adequada atenção e orientação odontológica; garantir à assistência a consulta odontológica destes grupos de agravos sendo os responsáveis a os ACS pelos faltosos.

Ação: Organizar a agenda de saúde bucal (se possível) para a realização do atendimento dos hipertensos provenientes da avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Detalhamento: coordenar um dia a semana de ser possível para a atenção a hipertensos e à diabéticos por odontologia sendo o responsável por isso o auxiliar de saúde bucal da unidade.

Engajamento público

Ação: Orientar a comunidade sobre a importância de realizar avaliação da saúde bucal, especialmente dos hipertensos e diabéticos.

Detalhamento: nas palestras educativas feitas diariamente na unidade será incorporado o tema da saúde bucal tendo como responsável o cirurgião dentista ou a técnica de saúde bucal; divulgar na comunidade a importância da saúde bucal em geral e especialmente em hipertensos e diabéticos; promover ações de saúde bucal desenvolvida durante as visitas domiciliares por a equipe de saúde da família e a equipe de saúde bucal da unidade uma vez ao mês.

Qualificação da prática clínica

Ação: Capacitar a equipe para avaliação da necessidade de atendimento odontológico dos hipertensos.

Detalhamento: O cirurgião dentista será responsável pela capacitação da equipe de saúde da família durante o projeto da importância de atendimento dos hipertensos e diabéticos utilizando seus conhecimentos; na reunião semanal abordar este tema conjunto a outros já propostos como de importância na atenção deste grupo da população e suas consequências negativas utilizando os protocolos disponíveis para o tema.

Objetivo 3. Melhorar a adesão de hipertensos e/ou diabéticos ao programa.

Meta 11: Buscar 100% dos hipertensos faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.

Monitoramento e avaliação

Ação: Monitorar o cumprimento da periodicidade das consultas previstas no protocolo (consultas em dia).

Detalhamento: Será revisado os prontuários e registros com periodicidade semanal para identificar os usuários faltosos a consultas e sem exame complementares indicados não feitos segundo os protocolos; os ACS farão busca ativa dos faltosos na comunidade ressaltando a importância do seguimento.

Organização e gestão do serviço

Ação: Organizar visitas domiciliares para buscar os faltosos.

Detalhamento: todas as semanas serão realizadas visitas domiciliares feitas pela a equipe de saúde da família, e os ACS ficarão responsáveis pela visita aos faltosos as consultas já identificados antes para saber a causa da ausência e citar para próxima consulta tendo como responsáveis a equipe.

Ação: Organizar a agenda para acolher os hipertensos provenientes das buscas domiciliares.

Detalhamento: Será organizada a agenda para acolher os hipertensos provenientes das buscas domiciliares, permitindo que o dia que os faltosos compareçam a unidade de saúde sem agendamento recebam atendimento e orientação com a finalidade de melhorar sua adoção a nossa unidade. O qual será feito em um turno de trabalho a cada semana.

Engajamento público

Ação: Informar a comunidade sobre a importância de realização das consultas.

Detalhamento: fornecer informação a população nas atividades de promoção da saúde, desenvolvidas por a equipe na comunidade periodicamente, sobre a importância da realização das consultas por diabéticos e hipertensos segundo os protocolos do ministério para à atenção primaria de saúde.

Ação: Ouvir a comunidade sobre estratégias para não ocorrer evasão dos portadores de hipertensão (se houver número excessivo de faltosos).

Detalhamento: nas palestras educativas, promover conversa e discussão entre equipe e a população para que sejam expostas estratégias para não ocorrer

evasão dos portadores de hipertensão que forma poderia evitar-se os faltosos a consultas.

Ação: Esclarecer aos portadores de hipertensão e à comunidade sobre a periodicidade preconizada para a realização das consultas.

Detalhamento: utilizando como material de apoio os protocolos de atendimento esclarecer a equipe todas as semanas como está e porque deve ser a periodicidade das consultas para estes grupos de agravo da população adulta. Na comunidade durante as visitas e ações de saúde feitas por a equipe o médico ou a enfermeira explicar a os familiares sobre o tema; fornecer informação a os ACS sobre a periodicidade das consultas nestes caos para que eles o transmitam ao resto da comunidade em seu dia a dia com a população adstrita.

Qualificação da prática clínica

Ação: Capacitar os ACS para a orientação de hipertensos quanto a realizar as consultas e sua periodicidade.

Detalhamento: criar material didático (folder, por exemplo) para os ACS com os elementos fundamentais sobre a importância das consultas onde se expliquem as complicações mais frequentes destas patologias crônicas e também sua prevenção com a modificação dos estilos de vida.

Meta 12: Buscar 100% dos diabéticos faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.

Monitoramento e avaliação

Ação: Monitorar o cumprimento da periodicidade das consultas previstas no protocolo (consultas em dia).

Detalhamento: Será revisado os prontuários e registros com periodicidade semanal para identificar os usuários faltosos a consultas e sem exame complementares indicados não feitos segundo os protocolos; os ACS farão busca ativa dos faltosos na comunidade ressaltando a importância do seguimento.

Organização e gestão do serviço

Ação: Organizar visitas domiciliares para buscar os faltosos.

Detalhamento: todas as semanas serão realizadas as visitas domiciliares feitas pela equipe de saúde da família, e os ACS visitarão os faltosos as consultas já identificados antes para saber a causa da ausência e citar para próxima consulta tendo como responsáveis a equipe.

Ação: Organizar a agenda para acolher os hipertensos provenientes das buscas domiciliares.

Detalhamento: Será organizada a agenda para acolher os hipertensos provenientes das buscas domiciliares, permitindo que o dia que os faltosos compareçam a unidade de saúde sem agendamento recebam atendimento e orientação com a finalidade de melhorar sua adoção a nossa unidade. O qual será feito em um turno a cada semana.

Engajamento público

Ação: Informar a comunidade sobre a importância de realização das consultas.

Detalhamento: fornecer informação a população nas atividades de promoção da saúde, desenvolvidas pela equipe na comunidade periodicamente, sobre a importância da realização das consultas por diabéticos e hipertensos segundo os protocolos do ministério para à atenção primaria de saúde.

Ação: Ouvir a comunidade sobre estratégias para não ocorrer evasão dos portadores de hipertensão (se houver número excessivo de faltosos).

Detalhamento: nas palestras educativas, promover conversa e discussão entre equipe e a população para que sejam expostas estratégias para não ocorrer evasão dos portadores de hipertensão e de que forma poderia evitar-se os faltosos a consultas.

Ação: Esclarecer aos portadores de hipertensão e à comunidade sobre a periodicidade preconizada para a realização das consultas.

Detalhamento: utilizando como material de apoio os protocolos de atendimento a equipe esclarecerá todas as semanas como está e porque deve ser a periodicidade das consultas para estes grupos de agravo da população adulta. Na comunidade durante as visitas e ações de saúde feitas pela a equipe, médico ou a enfermeira explicarão aos familiares sobre o tema.

Qualificação da prática clínica

Ação: Capacitar os ACS para a orientação de hipertensos quanto a realizar as consultas e sua periodicidade.

Detalhamento: criar material didático (folder, por exemplo) para os ACS com os elementos fundamentais sobre a importância das consultas onde se expliquem as complicações mais frequentes destas patologias crônicas e também sua prevenção com a modificação dos estilos de vida. Os ACS serão capacitados pela enfermeira e

médico da equipe sobre como acompanharem os grupos de membros da família em relação às orientações e usos dos medicamentos dos usuários das doenças do aparelho circulatório e metabólico.

Objetivo 4. Melhorar o registro das informações.

Meta 13: Manter ficha de acompanhamento de 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Monitoramento e avaliação

Ação: Monitorar a qualidade dos registros de hipertensos acompanhados na unidade de saúde.

Detalhamento: monitoramento semanal pela enfermeira e médico da equipe dos registros acompanhados na unidade de saúde para sua atualização com os novos casos cadastrados na consulta e por agentes comunitários de saúde.

Organização e gestão do serviço

Ação: Manter as informações do SIAB atualizadas.

Detalhamento: Neste caso será feita a mesma mensalmente com as informações correspondentes pôr o médico da equipe

Ação: Implantar a ficha de acompanhamento.

Detalhamento: será feito a implantação da ficha de acompanhamento para cada usuário utilizando o registro dos mesmos na unidade com ajuda dos ACS e monitorar seu complementação pela enfermeira da equipe durante o projeto e depois dele.

Ação: Pactuar com a equipe o registro das informações.

Detalhamento: programar atualização dos registros todas as semanas na reunião da equipe de saúde da família como parte da rotina cuja finalidade seria conhecer o comportamento da prevalência e incidência destas doenças na área adstrita.

Ação: Definir responsável pelo monitoramento dos registros.

Detalhamento: se definira como responsáveis a enfermeira e os ACS, com apoio do médico.

Ação: Organizar um sistema de registro que viabilize situações de alerta quanto ao atraso na realização de consulta de acompanhamento, ao atraso na realização de exame complementar, a não realização de estratificação de risco, a

não avaliação de comprometimento de órgãos alvo e ao estado de compensação da doença.

Detalhamento: Será realizado revisões dos prontuários clínicos individuais nas consultas para atualização dos registros pela a enfermeira e o médico, registrando a data dos exames complementares indicados ou feitos por os usuários e corroborar os atrasos, verificando qual ou quais tem feito avaliação da estratificação do risco cardiovascular e comprometimento de órgãos alvo e avaliando o estado de compensação de cada usuário nas consultas feitas por o médico ou a enfermeira mediante exame físico, anamneses e avaliação dos resultados dos exames complementares segundo protocolo.

Engajamento público

Ação: Orientar os usuários e a comunidade sobre seus direitos em relação à manutenção de seus registros de saúde e acesso a segunda via se necessário.

Detalhamento: Será divulgada a carta dos direitos dos usuários nas palestras educativas enfatizando os direitos e deveres dos usuários para com os cuidados de sua saúde, além de ser explicada nas consultas e visitas domiciliares a importância dos registros e sua manutenção na unidade de saúde por a equipe para um correto seguimento e avaliação dos usuários.

Qualificação da prática clínica

Ação: Capacitar à equipe no preenchimento de todos os registros necessário ao acompanhamento do hipertenso.

Detalhamento: capacitar à equipe e a os ACS no preenchimento dos registros e prontuários clínicos de forma demonstrativa e realizar revisões periódicas dos mesmos nas reuniões de equipe.

Ação: Capacitar a equipe da unidade de saúde para o registro adequado dos procedimentos clínicos em todas as consultas.

Detalhamento: capacitar a equipe sobre o registro adequado dos procedimentos clínicos em todas as consultas segundo protocolo do ministério nas reuniões da equipe de saúde da família todas as semanas tendo como responsáveis a enfermeira ou o médico segundo corresponda.

Meta 14: Manter ficha de acompanhamento de 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Monitoramento e avaliação

Ação: Monitorar a qualidade dos registros de diabéticos acompanhados na unidade de saúde.

Detalhamento: monitoramento semanal pela enfermeira e médico da equipe dos registros acompanhados na unidade de saúde para sua atualização com os novos casos cadastrados na consulta e por agentes comunitários de saúde.

Organização e gestão do serviço

Ação: Manter as informações do SIAB atualizadas.

Detalhamento: Serão enviados os dados pertinentes assim como as informações à o ministério da saúde cada mês por o médico da equipe.

Ação: Implantar a ficha de acompanhamento.

Detalhamento: implantar a ficha de acompanhamento para cada usuário utilizando o registro dos mesmos na unidade com ajuda dos ACS e monitorar sua complementação pela enfermeira da equipe durante o projeto e depois.

Ação: Pactuar com a equipe o registro das informações.

Detalhamento: programar atualização dos registros todas as semanas na reunião da equipe de saúde da família como parte da rotina cuja finalidade seria conhecer o comportamento da prevalência e incidência destas doenças na área adstrita.

Ação: Definir responsável pelo monitoramento dos registros.

Detalhamento: Definiu-se como responsáveis a enfermeira e os ACS.

Ação: Organizar um sistema de registro que viabilize situações de alerta quanto ao atraso na realização de consulta de acompanhamento, ao atraso na realização de exame complementar, a não realização de estratificação de risco, a não avaliação de comprometimento de órgãos alvo e ao estado de compensação da doença.

Detalhamento: serão realizadas revisões dos prontuários clínicos individuais nas consultas para atualização dos registros pela enfermeira e o médico. Será registrado a data dos exames complementares indicados ou feitos por os usuários e corroborar os atrasos; verificado qual ou quais tem feito avaliação da estratificação do risco cardiovascular e comprometimento de órgãos alvo e avaliado estado de compensação de cada usuário nas consultas feitas por o médico ou a enfermeira mediante exame físico, anamneses e avaliação dos resultados dos exames complementares segundo protocolo.

Engajamento público

Ação: Orientar os usuários e a comunidade sobre seus direitos em relação à manutenção de seus registros de saúde e acesso a segunda via se necessário.

Detalhamento: Será orientar os usuários e a comunidade sobre seus direitos em relação à manutenção de seus registros de saúde e acesso a segunda via se necessário nas atividades na comunidade, nas consultas e grupos.

Qualificação da prática clínica

Ação: Capacitar à equipe no preenchimento de todos os registros necessário ao acompanhamento do hipertenso.

Detalhamento: capacitar à equipe e os agentes comunitários no preenchimento dos registros e prontuários clínicos de forma demonstrativa e realizar revisões periódicas dos mesmos nas reuniões de equipe.

Ação: Capacitar a equipe da unidade de saúde para o registro adequado dos procedimentos clínicos em todas as consultas.

Detalhamento: capacitar a equipe sobre o registro adequado dos procedimentos clínicos em todas as consultas segundo protocolo do ministério nas reuniões da equipe de saúde da família todas as semanas tendo como responsáveis a enfermeira ou o médico segundo corresponda.

Objetivo 5. Mapear hipertensos e diabéticos de risco para doença cardiovascular.

Meta 15: Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Monitoramento e avaliação

Ação: Monitorar o número de usuários hipertensos com realização de pelo menos uma verificação da estratificação de risco por ano.

Detalhamento: realizar exame de risco a todos os usuários cadastrados com doenças crônicas não transmissíveis anualmente pela equipe; avaliar e monitorar os prontuários clínicos em cada consulta pôr a enfermeira ou médico, assim como dos registros da unidade para identificar o número de usuários com este exame feito ou não e assim melhorar este indicador de cobertura.

Organização e gestão do serviço

Ação: Priorizar o atendimento dos usuários avaliados como de alto risco.

Detalhamento: Será priorizado o atendimento dos usuários avaliados como de alto risco e estas ações serão monitoradas pela enfermeira e médico da equipe e seguindo o Protocolo do Ministério da APS.

Ação: Organizar a agenda para o atendimento desta demanda.

Detalhamento: garantir que as demandas destes usuários sejam atendidos por a equipe nas consultas e visitas domiciliares segundo o caso.

Engajamento público

Ação: Orientar os usuários quanto ao seu nível de risco e à importância do acompanhamento regular.

Detalhamento: orientar a todos os usuários e seus familiares sobre o nível de risco que tem e a importância do seguimento segundo protocolo, assim como a realização da dieta, tratamento e avaliação por outras especialidades se requererem.

Ação: Esclarecer os usuários e a comunidade quanto à importância do adequado controle de fatores de risco modificáveis (como alimentação).

Detalhamento: promover a qualidade de vida e reduzir vulnerabilidade e riscos à saúde, estabelecendo uma agenda de ações prioritárias nos seguintes eixos: alimentação saudável, práticas corporais e atividade física, ambiente sustentável, prevenção de uso de tabaco, álcool e demais fatores de risco.

Qualificação da prática clínica

Ação: Capacitar a equipe para realizar estratificação de risco segundo o escore de Framingham ou de lesões em órgãos alvo.

Detalhamento: discutir em equipe os diferentes fatores de risco segundo o escore de Framingham para a realização da estratificação de risco cardiovascular de todos os usuários cadastrados com doenças crônicas não transmissíveis nossa unidade nas consultas e nas visitas domiciliares. Tendo como responsáveis a enfermeira e o médico.

Ação: Capacitar a equipe para a importância do registro desta avaliação.

Detalhamento: capacitar a equipe sobre a importância do registro desta avaliação pelo médico nas reuniões semanais da equipe na prevenção da mortalidade.

Ação: Capacitar a equipe quanto a estratégias para o controle de fatores de risco modificáveis.

Detalhamento: capacitar a equipe acerca dos fatores de risco para doenças cardiovasculares em geral e especificamente os modificáveis utilizando os protocolos do ministério e a bibliografia que seja necessária pelo médico nas reuniões de equipe e nas visitas domiciliares todas as semanas durante a execução do projeto e depois como uma rotina.

Meta 16: Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Monitoramento e avaliação

Ação: Monitorar o número de usuários diabéticos com realização de pelo menos uma verificação da estratificação de risco por ano.

Detalhamento: realizar exame de risco a todos os usuários cadastrados com doenças crônicas não transmissíveis anualmente pela equipe.

Organização e gestão do serviço

Ação: Priorizar o atendimento dos usuários avaliados como de alto risco.

Detalhamento: Será priorizado o atendimento dos usuários avaliados como de alto risco e estas ações serão monitoradas pela enfermeira e médico da equipe e seguindo o Protocolo do Ministério da APS.

Ação: Organizar a agenda para o atendimento desta demanda.

Detalhamento: garantir que as demandas destes usuários sejam atendidas pela equipe nas consultas e visitas domiciliares segundo o caso.

Engajamento público

Ação: Orientar os usuários quanto ao seu nível de risco e à importância do acompanhamento regular.

Detalhamento: orientar a todos os usuários e seus familiares sobre o nível de risco que tem e a importância do seguimento segundo protocolo, assim como a realização da dieta, tratamento e avaliação por outras especialidades se requererem.

Ação: Esclarecer os usuários e a comunidade quanto à importância do adequado controle de fatores de risco modificáveis (como alimentação).

Detalhamento: promover a qualidade de vida e reduzir vulnerabilidade e riscos à saúde, estabelecendo uma agenda de ações prioritárias nos seguintes eixos: alimentação saudável, práticas corporais e atividade física, ambiente sustentável, prevenção de uso de tabaco, álcool e demais fatores de risco.

Qualificação da prática clínica

Ação: Capacitar a equipe para realizar estratificação de risco segundo o escore de Framingham ou de lesões em órgãos alvo.

Detalhamento: discutir em equipe os diferentes fatores de risco segundo o escore de Framingham para a realização da estratificação de risco cardiovascular de todos os usuários cadastrados com doenças crônicas não transmissíveis nossa unidade nas consultas e nas visitas domiciliares, tendo como responsáveis a enfermeira e o médico.

Ação: Capacitar a equipe para a importância do registro desta avaliação.

Detalhamento: capacitar a equipe sobre a importância do registro desta avaliação pôr o médico nas reuniões semanais da equipe na prevenção da mortalidade.

Ação: Capacitar a equipe quanto a estratégias para o controle de fatores de risco modificáveis.

Detalhamento: capacitar a equipe acerca dos fatores de risco para doenças cardiovasculares em geral e especificamente os modificáveis utilizando os protocolos do ministério e a bibliografia que seja necessária por o médico nas reuniões de equipe e nas visitas domiciliares todas as semanas durante a execução do projeto e depois como uma rotina; discutir com a equipe as formas e vias para o controle de fatores de risco modificáveis na comunidade e os usuários afetados segundo o Protocolo e orientação de práticas corporais e atividade física e de lazer para a população; em cada consulta médica ou de enfermagem orientar sobre a realização de caminhadas como uma via de ativação da circulação.

Objetivo 6. Promover a saúde de hipertensos e diabéticos.

Meta 17: Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos hipertensos.

Monitoramento e avaliação

Ação: Monitorar a realização de orientação nutricional aos hipertensos.

Detalhamento: capacitar a equipe sobre a prática de alimentação e nutrição saudável por parte do médico utilizando para isso o Manual sobre 10 dicas para uma alimentação saudável; registrar no prontuário as orientações nutricionais dadas a cada usuário e comparar a perda ou ganho de peso entre uma consulta e outra avaliando o índice de massa corporal.

Organização e gestão do serviço

Ação: Organizar práticas coletivas sobre alimentação saudável.

Detalhamento: ampliar e fortalecer as ações de alimentação saudável individual, familiar e na comunidade mediante ações de promoção de saúde pela equipe de forma contínua. Realizar ações de promoção da saúde na unidade de saúde com palestras dirigidas a população em geral pelos ACS monitorados pela enfermeira ou médico.

Ação: Demandar junto ao gestor parcerias institucionais para envolver nutricionistas nesta atividade.

Detalhamento: realizar reuniões e oficinas com gestores e nutricionista para discussão e planejamento de ações intersetoriais voltadas para a redução de agravos e doenças do aparelho circulatório. Sensibilizar a nutricionista para fazer atividades nas comunidades adstritas a nossa unidade como toma do peso corporal, medida de cintura e avaliação no terreno dos obesos e a população em geral uma vez a mês.

Engajamento público

Ação: Orientar hipertensos e seus familiares sobre a importância da alimentação saudável.

Detalhamento: sensibilizar a hipertensos e diabéticos e seus familiares quanto a importância das práticas saudáveis na melhoria da qualidade de vida e à prevenção de agravos através de práticas físicas e alimentação saudável nas atividades realizadas na comunidade, consultas e visitas domiciliares.

Qualificação da prática clínica

Ação: Capacitar a equipe da unidade de saúde sobre práticas de alimentação saudável.

Detalhamento: coordenar capacitação dos profissionais de saúde sobre práticas de alimentação saudável dos portadores das doenças do aparelho circulatório com assessoramento do nutricionista do NASF mensalmente.

Ação: Capacitar a equipe da unidade de saúde sobre metodologias de educação em saúde.

Detalhamento: capacitação realizada pelo médico e enfermeira da equipe das unidades a todos os trabalhadores sobre as metodologias de educação em saúde utilizando os protocolos do ministério.

Meta 18: Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos diabéticos.

Monitoramento e avaliação

Detalhamento: capacitar a equipe sobre a prática de alimentação e nutrição saudável por parte do médico utilizando o Manual sobre 10 dicas para uma alimentação saudável; registrar no prontuário as orientações nutricionais dadas a cada usuário e comparar a perda ou ganho de peso entre uma consulta e outra avaliando o índice de massa corporal.

Organização e gestão do serviço

Ação: Organizar práticas coletivas sobre alimentação saudável.

Detalhamento: ampliar e fortalecer as ações de alimentação saudável individual, familiar e na comunidade mediante ações de promoção de saúde por a equipe de forma contínua. Será realizado ações de promoção da saúde na unidade de saúde com palestras dirigidas a população em geral pelos ACS monitorados pela enfermeira e médico.

Ação: Demandar junto ao gestor parcerias institucionais para envolver nutricionistas nesta atividade.

Detalhamento: realizar reuniões e oficinas com gestores e nutricionista para discussão e planejamento de ações Intersetoriais voltadas para a redução de agravos e doenças do aparelho circulatório; sensibilizar a nutricionista para realizar atividades nas comunidades adstritas a nossa unidade como a verificação do peso corporal, medida de cintura e avaliação no terreno dos obesos e a população em geral uma vez a mês.

Engajamento público

Ação: Orientar hipertensos e seus familiares sobre a importância da alimentação saudável.

Detalhamento: sensibilizar a hipertensos e diabéticos e seus familiares quanto a importância das práticas saudáveis na melhoria da qualidade de vida e à prevenção de agravos através de práticas físicas e alimentação saudável nas atividades realizadas na comunidade, consultas e visitas domiciliares.

Qualificação da prática clínica

Ação: Capacitar a equipe da unidade de saúde sobre práticas de alimentação saudável.

Detalhamento: coordenar capacitação dos profissionais de saúde sobre práticas de alimentação saudável dos portadores das doenças do aparelho circulatório com assessoramento do nutricionista do NASF mensalmente.

Ação: Capacitar a equipe da unidade de saúde sobre metodologias de educação em saúde.

Detalhamento: O médico e enfermeira farão uma capacitação para a equipe das unidades a todos os trabalhadores sobre as metodologias de educação em saúde utilizando os protocolos do ministério.

Meta 19: Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos usuários hipertensos.

Monitoramento e avaliação

Ação: Monitorar a realização de orientação para atividade física regular aos hipertensos.

Detalhamento: O médico e enfermeira monitorarão a realização de orientação para atividade física regular aos hipertensos nos prontuários de cada usuário nas consultas.

Organização e gestão do serviço

Ação: Organizar práticas coletivas para orientação de atividade física.

Detalhamento: Será organizado práticas coletivas para orientação de atividade física aos usuários e a comunidade através de realização de caminhadas na comunidade, em parques ou áreas abertas em horas da manhã ou da tarde, que ativam a circulação, melhoram a qualidade de vida.

Ação: Demandar junto ao gestor parcerias institucionais para envolver educadores físicos nesta atividade.

Detalhamento: será criado grupo de usuários hipertensos e diabéticos para à prática de exercícios física no parque de Paraíso na comunidade de duas a três vezes por semana em horário da manhã com o educador físico do NASF.

Engajamento público

Ação: Orientar hipertensos e a comunidade sobre a importância da prática de atividade física regular.

Detalhamento: Será orientada e estimulada a população a prática de exercícios físicos orientando os benefícios do mesmo não só para os usuários diabéticos e hipertensos também para a população em geral junto com a modificação dos estilos de vida e alimentação saudável nas atividades realizadas na comunidade, consultas e visitas domiciliares.

Qualificação da prática clínica

Ação: Capacitar a equipe da unidade de saúde sobre a promoção da prática de atividade física regular.

Detalhamento: Será realizada capacitação da equipe sobre os benefícios da prática de atividade física regular, seus benefícios para a saúde e como devem ser orientadas a os usuários alvos de nossa intervenção e a população em geral mediante as ações de promoção e prevenção de saúde na comunidade com apoio do NASF.

Ação: Capacitar a equipe da unidade de saúde sobre metodologias de educação em saúde.

Detalhamento: garantir a capacitação da equipe com assessoramento do educador físico do NASF que atende nossa unidade de saúde no município.

Meta 20: Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos usuários diabéticos.

Monitoramento e avaliação

Ação: Monitorar a realização de orientação para atividade física regular aos diabéticos.

Detalhamento: Será monitorar a realização de orientação para atividade física regular aos diabéticos nos prontuários de cada usuário nas consultas pelo médico ou enfermeira.

Organização e gestão do serviço

Ação: Organizar práticas coletivas para orientação de atividade física.

Detalhamento: Será orientado e estimulado aos usuários e a comunidade realização de caminhadas na comunidade, em parques ou áreas abertas em horas da manhã ou da tarde, que ativam a circulação, melhoram a qualidade de vida.

Ação: Demandar junto ao gestor parcerias institucionais para envolver educadores físicos nesta atividade.

Detalhamento: criação do grupo de usuários hipertensos e diabéticos para à prática de exercícios física no parque de Paraíso com a comunidade de duas a três vezes por semana em horário da manhã com o educador físico do NASF.

Engajamento público

Ação: Orientar hipertensos e a comunidade sobre a importância da prática de atividade física regular.

Detalhamento: A população será estimulada a prática de exercícios físicos orientando os benefícios do mesmo não só para os usuários diabéticos e hipertensos

também para a população em geral junto com a modificação dos estilos de vida e alimentação saudável nas atividades realizadas na comunidade, consultas e visitas domiciliares.

Qualificação da prática clínica

Ação: Capacitar a equipe da unidade de saúde sobre a promoção da prática de atividade física regular.

Detalhamento: garantir a capacitação da equipe sobre os benefícios da prática de atividade física regular, seus benefícios para a saúde e como devem ser orientadas a os usuários alvos de nossa intervenção e a população em geral mediante as ações de promoção e prevenção de saúde na comunidade.

Ação: Capacitar a equipe da unidade de saúde sobre metodologias de educação em saúde.

Detalhamento: Será realizada capacitação da equipe com assessoramento do educador físico do NASF que atende nossa unidade de saúde no município.

Meta 21: Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos usuários hipertensos.

Monitoramento e avaliação

Ação: Monitorar realização de orientação sobre riscos do tabagismo aos hipertensos.

Detalhamento: Será cadastrado e monitorado o número de usuários fumadores mediante a revisão dos prontuários clínicos e entrevistas feitas nas consultas pelo o médico e a enfermeira.

Organização e gestão do serviço

Ação: Demandar ao gestor a compra de medicamentos para o tratamento do "abandono ao tabagismo".

Detalhamento: sensibilizar aos gestores municipais de saúde da importância da compra de medicamentos para o tratamento do abandono ao tabagismo e sua importância na prevenção de agravos em usuários com hipertensão arterial e diabetes mellitus.

Engajamento público

Ação: Orientar os hipertensos tabagistas sobre a existência de tratamento para abandonar o tabagismo.

Detalhamento: Será orientado sobre a existência do tratamento na unidade de saúde para abandonar o tabagismo a todos os usuários com esse hábito assim

como aos familiares em busca de apoio pela enfermeira, técnico em enfermagem, médicos e ACS da equipe, nas atividades realizadas na comunidade, consultas e visitas domiciliares.

Qualificação da prática clínica

Ação: Capacitar a equipe para o tratamento de usuários tabagistas.

Detalhamento: capacitação da equipe e resto dos trabalhadores da unidade básica de saúde sobre o tratamento de usuários tabagistas por pessoal certificado.

Meta 22: Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos usuários diabéticos.

Monitoramento e avaliação

Ação: Monitorar realização de orientação sobre riscos do tabagismo aos diabéticos.

Detalhamento: cadastrar e monitorar o número de usuários fumadores mediante a revisão dos prontuários clínicos e entrevistas feitas nas consultas pelo médico e a enfermeira.

Organização e gestão do serviço

Ação: Demandar ao gestor a compra de medicamentos para o tratamento do "abandono ao tabagismo".

Detalhamento: sensibilizar os gestores municipais de saúde da importância da compra de medicamentos para o tratamento do abandono ao tabagismo e sua importância na prevenção de agravos em usuários com hipertensão arterial e diabetes mellitus.

Engajamento público

Ação: Orientar os hipertensos tabagistas sobre a existência de tratamento para abandonar o tabagismo.

Detalhamento: Será orientado os hipertensos sobre a existência do tratamento na unidade de saúde para abandonar o tabagismo a todos os usuários com esse hábito assim como aos familiares em busca de apoio pela enfermeira, técnico em enfermagem, médicos e ACS da equipe.

Qualificação da prática clínica

Ação: Capacitar a equipe para o tratamento de usuários tabagistas.

Detalhamento: capacitação da equipe e dos trabalhadores da unidade básica de saúde sobre o tratamento de usuários tabagistas por pessoal certificado.

Ação: Capacitar a equipe da unidade de saúde sobre metodologias de educação em saúde.

Detalhamento: oferecer capacitação a cada 15 dias sobre metodologias de educação em saúde e tabagismo para a equipe utilizando o material necessário.

Meta 23: Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos usuários hipertensos.

Monitoramento e avaliação

Ação: Monitorar a realização de orientação sobre higiene bucal aos hipertensos.

Detalhamento: realizar atividades de promoção e prevenção de saúde bucal através da supervisão do técnico ou assistente em saúde bucal, nos dias das consultas de forma contínua com demonstrações utilizando os materiais disponibilizados.

Organização e gestão do serviço

Ação: Organizar tempo médio de consultas com a finalidade de garantir orientações em nível individual.

Detalhamento: coordenar o atendimento individualizado destes usuários dentro das possibilidades do odontologista todas as semanas para revisão da cavidade bucal e garantir orientações individuais.

Engajamento público

Ação: Orientar os hipertensos e seus familiares sobre a importância da higiene bucal.

Detalhamento: promover ações de promoção em saúde bucal a hipertensos e familiares nas palestras educativas, nas visitas domiciliares e ações na comunidade de forma contínua pela equipe com apoio do técnico em saúde bucal.

Qualificação da prática clínica

Ação: Capacitar a equipe para oferecer orientações de higiene bucal.

Detalhamento: capacitação da equipe pelo técnico em saúde bucal da unidade básica para oferecer orientações adequadas sobre higiene bucal aos usuários nas consultas, visitas domiciliares e ações na comunidade todos os meses.

Meta 24: Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos usuários diabéticos.

Monitoramento e avaliação

Ação: Monitorar a realização de orientação sobre higiene bucal aos diabéticos.

Detalhamento: realizar atividades de promoção e prevenção de saúde bucal baixo a supervisão do técnico ou assistente em saúde bucal, os dias das consultas de forma contínua com demonstrações utilizando os materiais disponibilizados.

Organização e gestão do serviço

Ação: Organizar tempo médio de consultas com a finalidade de garantir orientações em nível individual.

Detalhamento: coordenar o atendimento individualizado destes usuários dentre as possibilidades do odontologista todas as semanas para revisão da cavidade bucal e garantir orientações individuais.

Engajamento público

Ação: Orientar os hipertensos e seus familiares sobre a importância da higiene bucal.

Detalhamento: promover ações de promoção em saúde bucal a hipertensos e familiares nas palestras educativas, nas visitas domiciliares e ações na comunidade de forma contínua pela equipe com apoio do técnico em saúde bucal.

Qualificação da prática clínica

Ação: Capacitar a equipe para oferecer orientações de higiene bucal.

Detalhamento: capacitação da equipe pelo técnico em saúde bucal da unidade básica para oferecer orientações adequadas sobre higiene bucal aos usuários nas consultas, visitas domiciliares e ações na comunidade todos os meses.

2.3.2 Indicadores

Meta 1.1. Cadastrar 70% dos hipertensos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde

Indicador 1.1. Cobertura do programa de atenção ao hipertenso na unidade de saúde.

Numerador: Número de hipertensos residentes na área de abrangência da unidade de saúde cadastrados no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Denominador: Número total de hipertensos residentes na área de abrangência da unidade de saúde.

Meta 1.2. Cadastrar 70% dos diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Indicador 1.2. Cobertura do programa de atenção ao diabético na unidade de saúde.

Numerador: Número de diabéticos residentes na área de abrangência da unidade de saúde cadastrados no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Denominador: Número total de diabéticos residentes na área de abrangência da unidade de saúde.

Meta 2.1. Realizar exame clínico apropriado em 100% dos hipertensos.

Indicador 2.1. Proporção de hipertensos com o exame clínico apropriado de acordo com o protocolo.

Numerador: Número de hipertensos com exame clínico apropriado.

Denominador: Número total de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 2.2. Realizar exame clínico apropriado em 100% dos diabéticos.

Indicador 2.2. Proporção de diabéticos com o exame clínico apropriado de acordo com o protocolo.

Numerador: Número de diabéticos com exame clínico apropriado.

Denominador: Número total de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 2.3. Garantir a 100% dos hipertensos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Indicador 2.3. Proporção de hipertensos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Numerador: Número total de hipertensos com exame complementar em dia.

Denominador: Número total de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 2.4. Garantir a 100% dos diabéticos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Indicador 2.4. Proporção de diabéticos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Numerador: Número total de diabéticos com exame complementar em dia.

Denominador: Número total de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 2.5. Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Indicador 2.5. Proporção de hipertensos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia priorizada.

Numerador: Número de hipertensos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia.

Denominador: Número de hipertensos e diabéticos com prescrição de medicamentos.

Meta 2.6. Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Indicador 2.6. Proporção de diabéticos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia priorizada.

Numerador: Número de diabéticos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia.

Denominador: Número de diabéticos com prescrição de medicamentos.

Meta 2.7. Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos hipertensos.

Indicador 2.7. Proporção de hipertensos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Numerador: Número de hipertensos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Denominador: Número total de hipertensos inscritos no programa e pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

Meta 2.8. Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos diabéticos.

Indicador 2.8. Proporção de diabéticos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Numerador: Número de diabéticos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Denominador: Número total de diabéticos inscritos no programa e pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

Meta 3.1. Buscar 100% dos hipertensos faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.

Indicador 3.1. Proporção de hipertensos faltosos às consultas médicas com busca ativa.

Numerador: Número de hipertensos faltosos às consultas médicas com busca ativa

Denominador: Número total de hipertensos cadastrados na unidade de saúde faltosos às consultas.

Meta 3.2. Buscar 100% dos diabéticos faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.

Indicador 3.2. Proporção de diabéticos faltosos às consultas médicas com busca ativa.

Numerador: Número de diabéticos faltosos às consultas médicas com busca ativa.

Denominador: Número total de diabéticos cadastrados na unidade de saúde faltosos às consultas.

Meta 4.1. Manter ficha de acompanhamento de 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Indicador 4.1. Proporção de hipertensos com registro adequado na ficha de acompanhamento.

Numerador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde com registro adequado na ficha de acompanhamento.

Denominador: Número total de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 4.2. Manter ficha de acompanhamento de 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Indicador 4.2. Proporção de diabéticos com registro adequado na ficha de acompanhamento.

Numerador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde com registro adequado na ficha de acompanhamento.

Denominador: Número total de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 5.1. Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Indicador 5.1. Proporção de hipertensos com estratificação de risco cardiovascular.

Numerador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde com estratificação do risco cardiovascular.

Denominador: Número total de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 5.2. Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Indicador 5.2. Proporção de diabéticos com estratificação de risco cardiovascular.

Numerador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde com estratificação do risco cardiovascular.

Denominador: Número total de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 6.1. Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos hipertensos.

Indicador 6.1. Proporção de hipertensos com orientação nutricional sobre alimentação saudável.

Numerador: Número de usuários hipertensos que receberam orientação sobre alimentação saudável.

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 6.2. Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos diabéticos.

Indicador 6.2. Proporção de diabéticos com orientação nutricional sobre alimentação saudável.

Numerador: Número de usuários diabéticos que receberam orientação sobre alimentação saudável.

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 6.3. Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos usuários hipertensos.

Indicador 6.3. Proporção de hipertensos com orientação sobre prática regular de atividade física.

Numerador: Número de usuários hipertensos que receberam orientação sobre prática regular de atividade física.

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 6.4. Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos usuários diabéticos.

Indicador 6.4. Proporção de diabéticos com orientação sobre prática regular de atividade física.

Numerador: Número de usuários diabéticos que receberam orientação sobre prática regular de atividade física.

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 6.5. Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos usuários hipertensos.

Indicador 6.5. Proporção de hipertensos com orientação sobre os riscos do tabagismo.

Numerador: Número de usuários hipertensos que receberam orientação sobre os riscos do tabagismo.

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 6.6. Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos usuários diabéticos.

Indicador 6.6. Proporção de diabéticos com orientação sobre os riscos do tabagismo.

Numerador: Número de usuários diabéticos que receberam orientação sobre os riscos do tabagismo.

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 6.7. Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos usuários hipertensos.

Indicador 6.7. Proporção de hipertensos com orientação sobre higiene bucal.

Numerador: Número de usuários hipertensos que receberam orientação sobre higiene bucal.

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 6.8. Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos usuários diabéticos.

Indicador 6.8. Proporção de diabéticos com orientação sobre higiene bucal.

Numerador: Número de usuários diabéticos que receberam orientação sobre higiene bucal.

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

2.3.3 Logística

Para realizar a intervenção no programa de Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus iremos utilizar o Caderno de Atenção Básica nº 36 (BRASIL, 2013a) o Caderno de Atenção Básica nº 37 (BRASIL, 2013b), documentos do Ministério da Saúde de estratégias para o cuidado da pessoa com doenças crônicas. Utilizaremos a ficha de Cadastro do Hipertenso e/ou Diabético, ficha espelho e Planilha de Coleta de Dados (PCD) disponibilizados pelo curso. Assim, para poder calcular todos os indicadores necessários e o correto monitoramento da intervenção, o médico levará um registro pessoal das diferentes atividades.

Com a intervenção espera-se acrescentar a prevenção e redução das doenças e agravos não transmissíveis (DANT) e melhorar a qualidade de vida da

população adstrita mediante atividades de promoção e prevenção e a organização dos serviços de saúde da UBS/ESF. Será realizado contato com o gestor municipal para dispor das fichas espelho necessárias e para imprimir as fichas complementares que serão anexadas às fichas-espelho assim como para os materiais necessários. Para o acompanhamento semanal da intervenção será utilizada a planilha eletrônica de coleta de dados.

Para organizar o registro específico do programa, a enfermeira revisará o livro de registro junto com os ACS, identificando todos os usuários cadastrados com patologias crônicas não transmissíveis que vieram ao serviço para consulta ou atendimentos de demanda espontânea, por elas, no último ano. A profissional semanalmente localizará os prontuários destes usuários e transcreverá todas as informações disponíveis no prontuário para a ficha espelho, com apoio do médico. Ao mesmo tempo realizará o primeiro monitoramento anexando uma anotação sobre consultas em atraso, exames clínicos e laboratoriais em atraso e vacinas em atraso.

As visitas domiciliares para constatar a presença dos usuários cadastrados na área adstrita tomando em conta o registro da unidade de saúde básica, o qual a enfermeira e o médico atualizarão em conjunto com a ficha espelho a qual preencheremos no prontuário clínico individual com a finalidade de conhecer e dominar aspectos relacionados a cada usuário. O cadastramento dos casos novos encontrados durante as visitas domiciliares na comunidade serão realizados a cada semana pela equipe de saúde da família.

Para melhorar o acolhimento o técnico em enfermagem realizará a triagem destes usuários incluindo a medida da cintura e avaliando o estado geral para priorizar as atenções médicas segundo corresponda, dando prioridade aos descompensados e os incapacitados do grupo, explicará em cada consulta a importância do seguimento e controle. E sempre deixará espaço na agenda para as demandas espontâneas deles ou atendimento das urgências. Todo isso levará a capacitação continua segundo os Protocolos do Ministério. Da mesma forma sensibilizaremos a comunidade ofertando informação sobre os agravos destas doenças e á os gestores para a tecnologia necessária a utilizar a atenção de hipertensos e diabéticos de forma continuada pela equipe.

Nas diferentes ações de saúde na comunidade se informará sobre os programas de atenção em nossa unidade destes grupos e promoveremos os aspectos mais sensíveis das mesmas buscando o apoio da população e sua

compreensão. Também se informará do projeto educativo que desenvolveremos para o melhoramento da qualidade de vida dos usuários com doenças crônicas não transmissíveis na população da UBS. Realizaremos reuniões mensalmente com os usuários para o esclarecimento do projeto.

Serão realizadas capacitações aos integrantes da equipe pela enfermeira ou médico sobre os protocolos de atenção das doenças crônicas como a hipertensão e diabetes de forma contínua, utilizando os protocolos na UBS. Incluiremos os temas mais comuns assim como daremos temas para estudos independentes que mais logo serão avaliados na prática como uma rotina da unidade pela enfermeira.

Cada profissional desempenhará um papel importante na intervenção; os ACS na busca constante de casos novos e realizar seu cadastramento. Os outros profissionais se envolverão na organização da atenção, seguimento e avaliação dos usuários já cadastrados de forma contínua em cada consulta.

Serão usados folders do Ministério de Saúde concernente as doenças crônicas não transmissíveis e distribuídas na UBS, as visitas domiciliares e ações desenvolvidas de forma mantida durante e depois do projeto sobre as principais complicações e suas incapacidades das enfermidades. Tudo em benefício dos usuários.

Procurar-se-á fazer de cada encontro com o usuário algo novo entre ele é a equipe mostrando nossa preocupação por sua saúde com uma atenção acorde ao que requer um usuário com estas patologias e assim estimular sua assistência às próximas consultas e atividades desenvolvida na UBS. Será registrado pelo médico ou enfermeira no prontuário a informação de forma adequada, para que na próxima consulta possamos fazer comparações e identificar a periodicidade das consultas e exames. Respeitando e compreendendo seus valores e crenças, além dos aspectos relacionados à doença e ao tratamento.

Todas as semanas foram organizados espaços nos dois turnos nas agendas diárias para os usuários com demanda espontâneas para o atendimento referente à hipertensão e diabetes, o qual será responsabilidade do técnico em enfermagem em conjunto com os ACS e em especial para os faltosos a consultas programadas.

Manter os registros da unidade com os dados o mais atualizados possíveis assim como os prontuários clínicos pelo médico, enfermeira e técnico em enfermagem para dessa forma contar com as informações de qualidade necessárias, sempre que seja indispensável e conhecer o referente à incidência,

prevalência e complicações existentes nestes grupos. Anexar os questionários de estilos de vida, prática de atividade física e ficha de Hipertensão em todas as historias clinica dos usuários logo de preenchidas por a equipe durante o projeto.

Mediante à avaliação dos dados presentes no prontuário e registro existente na UBS, assim como a aplicação dos questionários, antes mencionados, durante a execução da intervenção faremos a identificação dos diferentes usuários com fatores de riscos para o desenvolvimento das doenças cardiovasculares por parte da equipe de forma continua e assim poder identificá-los e trabalhar com eles na prevenção precoce das futuras complicações.

Como todos os dias, é parte da rotina da UBS introduzir nas palestras educativas oferecidas em os dos turnos de trabalho temas da promoção e prevenção das doenças cardiovasculares e metabólicas no público presente mediante exemplos reais das consequências das mesmas e seu efeito negativo no estado psicológico do usuário, a repercussão social e econômica, sobre a família e a comunidade com a colaboração dos ACS e técnico em enfermagem.

Serão promovidas ações de saúde na comunidade de forma contínua contando com o educador físico para sensibilizar a comunidade, família e gestores sobre a atenção e as prioridades que deve ter este grupo com atividades de prevenção e promoção. Acrescentar os grupos de apoio na comunidade para estimular a prática de atividades físicas destes usuários com uma frequência semanal tendo como responsável a enfermeira.

3 Relatório da Intervenção

3.1 Ações previstas e desenvolvidas

No eixo Organização e Gestão do Serviço as reuniões com a equipe de saúde foram efetivadas, com apresentação do Projeto para melhorar a atenção aos usuários hipertensos e diabéticos, o estabelecimento do papel de cada profissional na ação programática desde a primeira semana, a capacitação dos membros da equipe de saúde sobre o protocolo do ministério de estratégias para os cuidados deste grupo alvo da população foi continua, com discussão das dúvidas e escuta de sugestões para seu melhor desenvolvimento segundo as características de nossa população adstrita. Foi realizado contato com o gestor municipal para a sensibilização sobre a ação programática e levar a seu conhecimento todas as ações que foram desenvolvidas, assim como com os líderes da comunidade.

A divulgação contínua da ação programática para os hipertensos e/ou diabéticos ocorreu durante as palestras educativas com diferentes temas relacionados com as doenças crônicas não transmissíveis, os cuidados destes pacientes e a ajuda da família para seu controle e prevenção das complicações em órgãos dianas como os rins, coração, cérebro, o acolhimento dos usuários hipertensos e diabéticos em nossa UBS por os trabalhadores e a equipe, nas consultas medicas e de enfermagem, durante as visitas domiciliares pela nossa equipe em a comunidade, com a garantia dois materiais adequados, as orientações sobre como adquirir os medicamentos nas farmácias populares, etc. Além disso, organizou-se a logística do trabalho de campo para o preenchimento da PCD pelo médico e os encontros mensais com os grupos formados por usuários hipertensos e/ou diabéticos e seus familiares. Assim como as reuniões da equipe para os diferentes atividades a ser desenvolvidas a cada semana com ênfases em a busca dos faltosos as consultas.

Nesses encontros foram abordados temas de saúde relacionados com o cuidado ampliado em saúde, a HAS e DM e medidas gerais de promoção da saúde - sempre utilizando o manual do MS para embasamento científico. Foram realizados os cadastrados dos usuários no programa HIPERDIA e as buscas ativas dos faltosos as consultas pelos ACS, como os principais responsáveis e trabalhamos na melhoria continua do processo de acolhimento e vinculo dos usuários para todos os profissionais da equipe.

Com relação ao Engajamento Público, a mobilização dos usuários hipertensos e/ou diabéticos e familiares para a participação na ação programática e formação dos grupos educativos com uma frequência mensal em nossa UBS e nas visitas domiciliares foi realizada pela equipe sem grandes problemas durante a intervenção, um fator dificultador foram as fortes chuvas que atrapalharam um pouco algumas atividades na comunidade.

Também foram organizadas atividades para a prática de atividades físicas e sobre alimentação saudável, pelo educador físico do NASF a cada mês da ação aproveitando os grupos formados por os usuários. Essas atividades foram desenvolvidas na UBS e na comunidade e todas as quintas-feiras foram avaliados os usuários encaminhados pela equipe para a nutricionista do NASF.

A capacitação para a equipe foi permanente assim como a avaliação e monitoramento da intervenção e a supervisão da triagem pela enfermagem e o médico da equipe, informando a equipe e resto dos trabalhadores sobre o desenvolvimento do cronograma e os problemas identificados. Durante toda a intervenção foi realizado o levantamento dos medicamentos presentes na farmácia, as consultas médicas, as visitas domiciliares, e os demais procedimentos de rotina na equipe.

3.2 Ações previstas e não desenvolvidas

Os principais problemas enfrentados foram relacionados com o laboratório municipal, que ficou sem prestar o serviço por algumas ocasiões, devido à falta de água bidestilada para o funcionamento de alguns equipamentos e a falta de reagentes para o processamento dos exames laboratoriais. Devido essa questão não foi possível garantir a realização dos exames complementares para a totalidade dos usuários cadastrados.

Outro grande problema está relacionado à atenção odontológica, que não foi ofertada para os usuários durante a intervenção, além das orientações em SB que deveriam ser realizadas pelo dentista. Não obstante foi realizado o exame bucal dos usuários nas consultas médicas identificando que a quase totalidade de os usuários requerem deste serviço. O médico, enfermeira, técnicos de enfermagem e ACS realizaram orientações básicas sobre a saúde bucal, prevenção de cáries e a avaliação da necessidade de tratamento odontológico, porém dentro dos seus conhecimentos e atribuições.

Não temos o serviço odontológico em funcionamento no local onde a equipe está funcionando provisoriamente, que é alugado, durante a ampliação e reforma da Unidade Básica de Saúde de nossa área.

3.3 Aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados

Não houve problemas na aplicação da planilha fornecida pelo curso para a ação programática nem o preenchimento dos dados solicitados tanto em formato Word como Excel. O cadastramento dos usuários hipertensos e/ou diabéticos para o melhoramento de sua atenção na planilha para a coleta de dados aconteceu entre os meses de abril, maio e junho de 2015.

As ações do eixo Monitoramento e Avaliação aconteceram durante o período da intervenção através da digitação dos cadastros dos usuários no Programa HIPERDIA e da digitação do acompanhamento periódico das planilhas. Assim como com avaliação dos prontuários individuais em cada consulta ou atividade desenvolvida com estes usuários.

Todos os dados das PCD's foram enviados semanalmente para o orientador, que avaliou e orientava sobre as dúvidas que iam surgindo, em um processo contínuo de ensino-aprendizagem e troca de experiências.

3.4 Viabilidade da incorporação das ações à rotina de serviços

As ações da intervenção realizada até agora para melhorar a atenção aos usuários hipertensos e diabéticos na UBS Dr. "Iacy Alcântara" do município de Santana-AP já estão incorporadas na rotina do serviço, demandando apenas que

para a continuidade da incorporação no cotidiano do serviço tenha sua execução planejada. Durante a recepção dos usuários, nos encontros de grupo, atendimento médico ou de enfermagem ou durante as visitas domiciliares. As reuniões em equipe, o projeto de EPS e as atividades de educação em saúde e engajamento público com a comunidade deverão ser constantemente reforçadas.

O cadastramento dos usuários com doenças crônicas não transmissíveis no Programa HIPERDIA é outra ação de grande importância para a prevenção e controle destas doenças, favorecendo uma vinculação e um melhor acompanhamento desses usuários. A garantia de fornecimento fármacos para o tratamento medicamentoso da hipertensão e do diabetes já estão incorporados a rotina do serviço, mesmo com pequenas faltas de medicamentos em alguns meses. As atividades educativas continuarão sendo realizadas na comunidade, com os grupos de hipertensos e diabéticos com o apoio do NASF.

Para tanto, faz-se necessário o comprometimento e a dedicação de toda a equipe multidisciplinar, e a atualização dos conhecimentos proporcionados através das capacitações e/ou reuniões de equipe. Fica o desafio para a equipe da saúde da família em dar continuidade ao cronograma da intervenção, continuar supervisionando as atividades a serem desenvolvidas em cada encontro com os usuários assim como cadastrar 100% dos usuários hipertensos e/ou diabéticos do território de atuação e melhorar o monitoramento dos indicadores.

4 Avaliação da intervenção

4.1 Resultados

De acordo com o cadastro dos ACS, que inclui informações de toda a população da área de abrangência da nossa UBS, haviam 191 pessoas identificadas como portadoras de HAS e 58 com DM, dos quais 130 hipertensos e 52 diabéticos participaram das 12 semanas da intervenção o que representa 73% do total de hipertensos e diabéticos. Totalizamos ao longo das 12 semanas da intervenção 130 usuários hipertensos cadastrados e acompanhados, o que representa 68,1% de cobertura e 52 diabéticos, representando 89,7% de cobertura. A avaliação dos indicadores ao final de cada mês da intervenção permitiu uma leitura da sua evolução e seus resultados estão descritos a seguir.

Objetivo 1: Ampliar a cobertura a hipertensos e/ou diabéticos

Meta 1.1: Cadastrar 70% dos hipertensos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Indicador: Cobertura do programa de atenção ao hipertenso na unidade de saúde.

Iniciamos o trabalho com o cadastro dos hipertensos e a revisão dos prontuários individuais. As capacitações desenvolvidas sobre o protocolo do MS contribuiu para organizarmos o processo de trabalho da equipe. No primeiro mês conseguimos cadastrar e atender 44 hipertensos (23%), no segundo mês acompanhamos 78 (40%) e no terceiro mês acompanhamos 130 (68,1%). Os dados estão apresentados na figura 1.

Como pode-se observar ocorreu um aumento a medida que avançamos na aplicação e divulgação das estratégias educativas e assistências programas na

intervenção. Não atingimos a cobertura planejada, segundo nossa meta (70%), por a não assistência as consultas dos usuários faltosos além da busca ativa feita por a ESF durante a intervenção. Mais continuaremos trabalhando em isso como parte da implementação da intervenção na rotina do serviço.

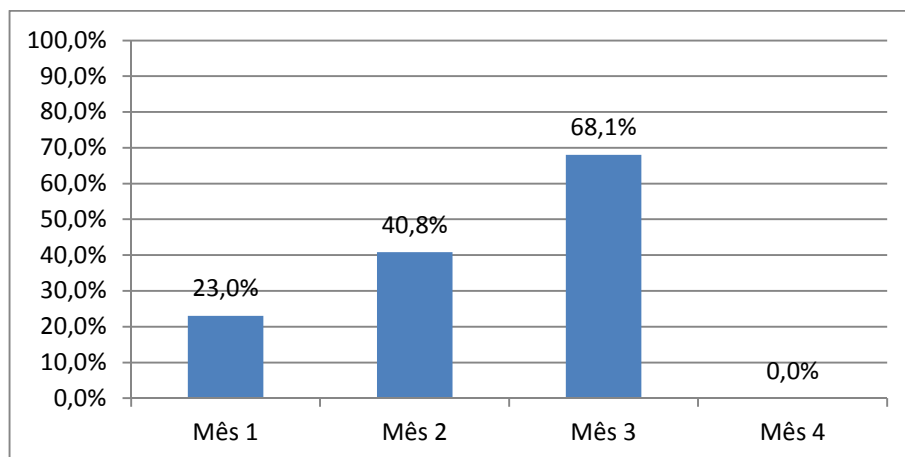


Figura 1- Cobertura do programa de atenção ao hipertenso na unidade de saúde Dr. Iacy Alcântara - Santana/AP, 2015.

Meta 1.2: Cadastrar 70% dos diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Indicador: Cobertura do programa de atenção ao diabético na unidade de saúde.

Antes da intervenção não tínhamos o controle da quantidade de diabéticos cadastrados. Na área adstrita à UBS existem 58 diabéticos. No primeiro mês conseguimos cadastrar e atender 20 diabéticos (34,5%), no segundo mês acompanhamos 44 (75,9%) e no terceiro mês acompanhamos o total de 52 diabéticos (87,9%). Os dados estão apresentados na figura 2.

As ações que mais auxiliaram no aumento da quantidade de diabéticos cadastrados e acompanhados foram a capacitação da equipe sobre o protocolo do Ministério da Saúde, a divulgação da importância do diagnóstico e acompanhamento do DM na comunidade e o compromisso e engajamento dos profissionais de saúde da UBS no cadastro e na busca ativa desses usuários. Daí o cumprimento deste indicador por acima dos 70 % no final da intervenção.

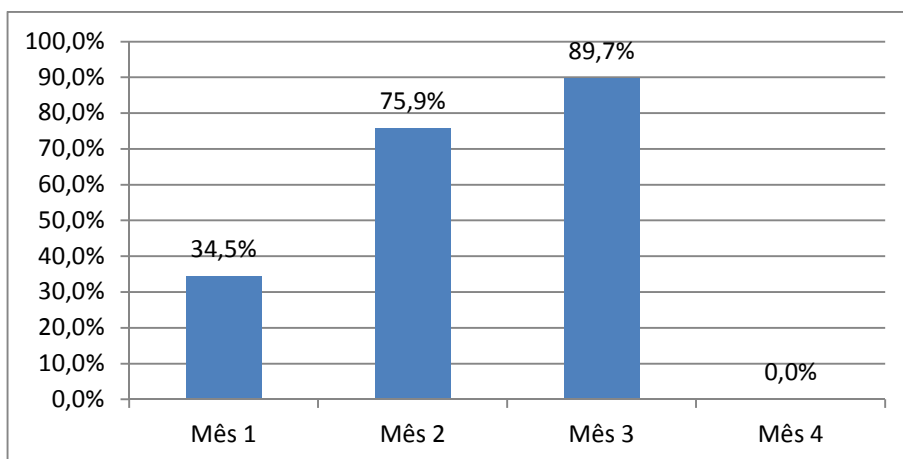


Figura 2 - Cobertura do programa de atenção ao diabético na unidade de saúde Dr. Iacy Alcântara - Santana/AP, 2015.

Objetivo 2: Melhorar a qualidade na atenção a hipertensos e diabéticos

Meta 2.1: Realizar exame clínico apropriado em 100% dos hipertensos cadastrados.

Indicador: Proporção de hipertensos com o exame clínico apropriado de acordo com o protocolo.

Durante os três meses da intervenção foram realizados o exame clínico em 119 hipertensos, ou seja, 91,5%. No primeiro mês foram avaliados 30 hipertensos (68,2%), no segundo mês 67 (85,9%) e no terceiro mês 119 hipertensos (91,5%). As ações que mais auxiliaram na realização do exame clínico foram à definição das atribuições de cada profissional de saúde da equipe no exame clínico dos hipertensos e as capacitações permanentes sobre a temática, realizadas pelo médico da equipe. Os dados estão apresentados na figura 3.

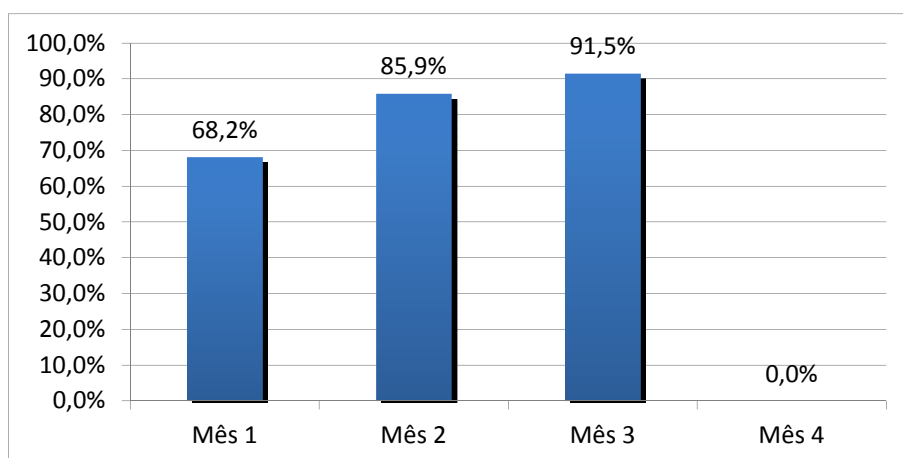


Figura 3 - Proporção de hipertensos com exame clínico em dia de acordo com o protocolo na unidade de saúde Dr. Iacy Alcântara - Santana/AP, 2015.

Meta 2.2: Realizar exame clínico apropriado em 100% dos diabéticos cadastrados.

Indicador: Proporção de diabéticos com o exame clínico apropriado de acordo com o protocolo.

Foram realizados o exame clínico apropriado no primeiro mês em 17 diabéticos (85%), no segundo mês em 43 (97,7%) e no terceiro mês conseguimos realizar em 51 diabéticos (98,1%). Não conseguimos atingir 100% nessa meta devido o tempo gastos nas consultas e a grande demanda de usuários para atendimento. Os dados estão apresentados na figura 4.

As ações que mais auxiliaram na realização do exame clínico foram às definições das atribuições de cada profissional de saúde da equipe no exame clínico dos diabéticos, a capacitação da equipe pelo médico e o agendamento dos diabéticos para um dia fixo na semana para esses atendimentos, onde foram dispensados mais tempo para essas atividades.

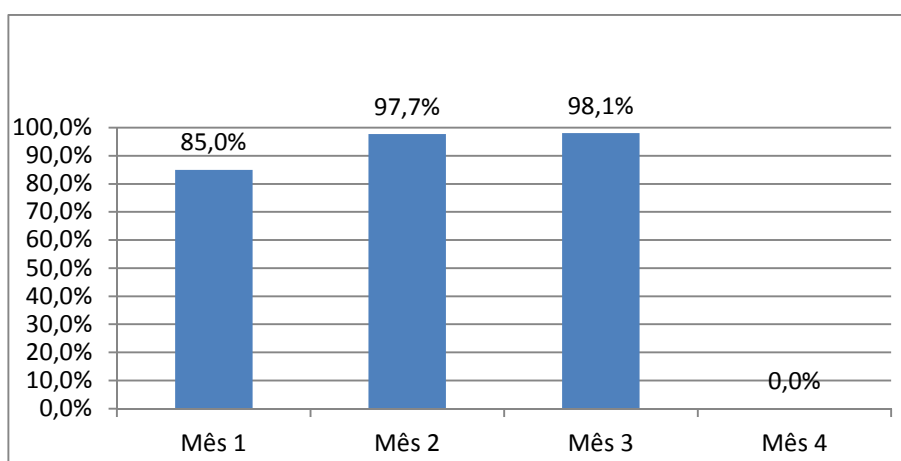


Figura 4 - Proporção de diabéticos com exame clínico em dia de acordo com o protocolo na unidade de saúde Dr. Iacy Alcântara - Santana/AP, 2015.

Meta 2.3: Garantir a 100% dos hipertensos cadastrados a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Indicador: Proporção de hipertensos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

No primeiro mês foram realizados os exames complementares em dia de acordo com o protocolo do MS em 22 hipertensos (50%), no segundo mês para 48 (61,5%) e no terceiro mês para 69 hipertensos (53,1%). Antes da intervenção não tínhamos dados sobre este indicador e o que facilitou a sua realização foi o

comprometimento e capacitação da equipe sobre o protocolo do MS. Os dados estão apresentados na figura 5.

Como principal fator dificultador para a queda no valor da meta do segundo para o terceiro mês destaca a questão do laboratório municipal que muitas vezes não teve condições financeiras de atender as equipes de ESF e os usuários. Este indicador continuará sendo trabalho pela equipe para conseguirmos atingir resultados satisfatórios.

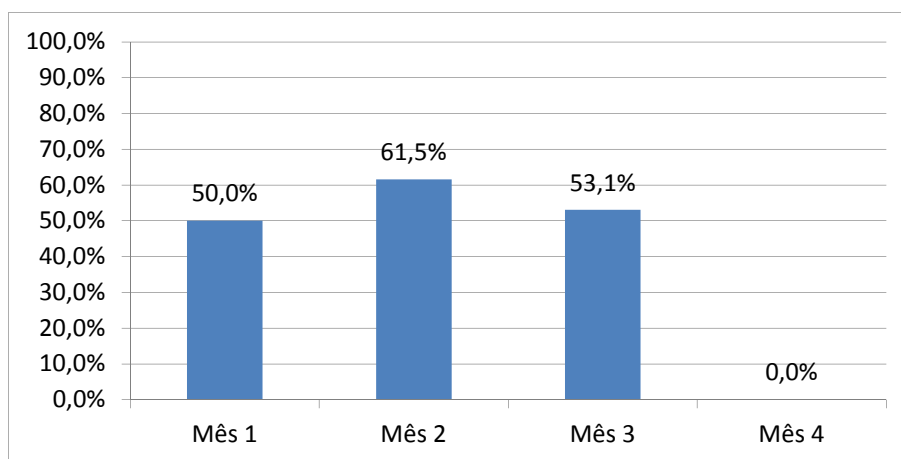


Figura 5 - Proporção de hipertensos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo na unidade de saúde Dr. Iacy Alcântara - Santana/AP, 2015.

Meta 2.4: Garantir a 100% dos diabéticos cadastrados a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Indicador: Proporção de diabéticos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Ao longo da intervenção os 52 diabéticos cadastrados atualizaram os exames complementares. No primeiro mês 11 diabéticos (55%), no segundo mês 27 (61,4%) e no terceiro mês 33 diabéticos (63,5%). Os dados estão apresentados na figura 6.

As ações que mais auxiliaram na realização dos exames periódicos foram garantir a solicitação dos exames complementares pelo médico da ESF e o cadastramento dos diabéticos no programa. Porém um fator que influenciou para não atingirmos 100% nesse indicador, como descrito anteriormente na meta dos hipertensos, foi à dificuldade com o laboratório municipal em realizar esses exames e a maioria dos pacientes são carentes e depende do SUS.

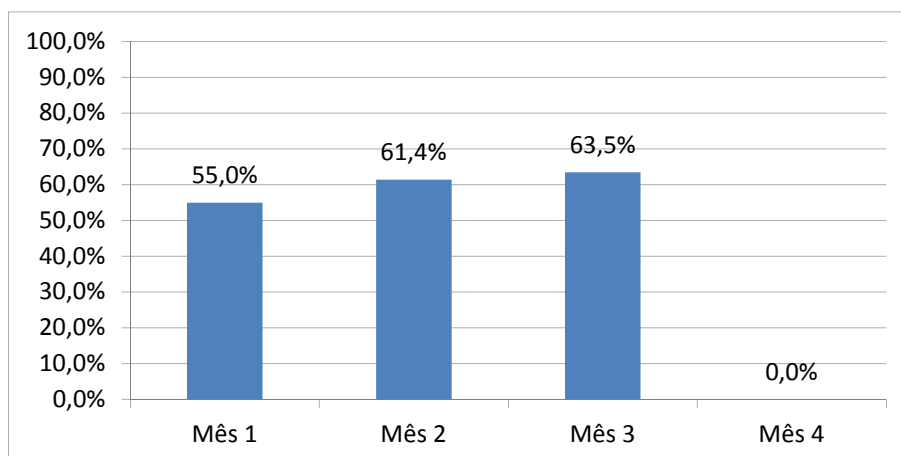


Figura 6 - Proporção de diabéticos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo na unidade de saúde Dr. Iacy Alcântara - Santana/AP, 2015.

Meta 2.5: Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Indicador: Proporção de hipertensos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia priorizada.

Durante a intervenção foi realizada a prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia para 98 usuários hipertensos, correspondendo a 77,2% de cobertura. No primeiro mês foi prescrito as medicações para 32 usuários (72,7%), no segundo mês para 57 (73,1%) e no terceiro mês para 98 hipertensos (77,2%). Os dados estão apresentados na figura 7.

Dentre das ações que mais auxiliaram a prescrição de medicamentos da farmácia popular foram a atualização do profissional no tratamento da hipertensão e a capacitação da equipe sobre a utilização da farmácia popular e as alternativas para obter acesso a esses medicamentos.

Não conseguimos atingir 100% de usuários com os medicamentos prescritos pela farmácia popular, devido o uso destes medicamentos disponibilizados por o ministério de saúde para as unidades básicas da rede pública às vezes não satisfazer as demandas existentes das UBS/ESF. Daí a necessidade do apoio das farmácias populares onde os preços da medicação para pessoas com HAS, DM são baixos, sendo possível a compra dos mesmos por aqueles com escasso recurso.

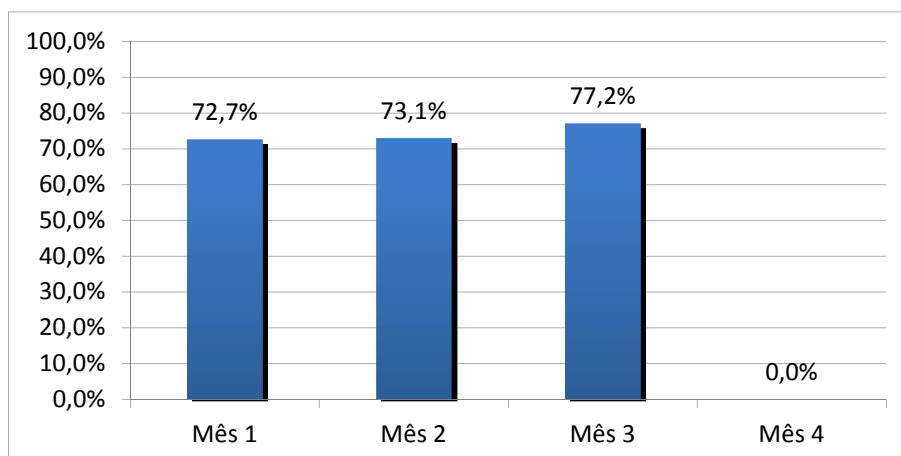


Figura 7 - Proporção de hipertensos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia priorizada na unidade de saúde Dr. Iacy Alcântara - Santana/AP, 2015.

Meta 2.6: Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde

Indicador: Proporção de diabéticos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia priorizada.

Em relação aos diabéticos, no primeiro mês foram prescritos medicamentos da farmácia popular/hiperdia para 20 usuários (100%), no segundo mês para 37 (84,1%) e no terceiro mês pra 46 (90,2%). Os dados estão apresentados na figura 8.

Dentre das ações que mais auxiliaram a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde UBS foram às informações divulgadas pelos profissionais de saúde da UBS/ESF para esses usuários e comunidade sobre a disponibilidade dessas farmácias e como adquirir esses medicamentos.

A queda na porcentagem de usuários diabéticos em uso de medicação da farmácia popular no município foi devido à falta de alguns medicamentos antiglicemiantes nas farmácias populares do município que se encontra em uma região brasileira de difícil acesso.

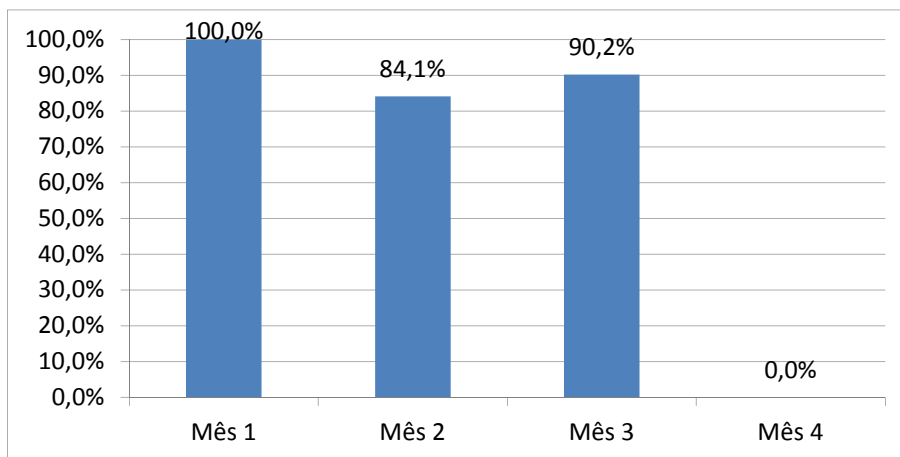


Figura 8 - Proporção de diabéticos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia priorizada na unidade de saúde Dr. Iacy Alcântara - Santana/AP, 2015.

Meta 2.7: Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos hipertensos cadastrados.

Indicador: Proporção de hipertensos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Como a equipe de ESF está funcionando sem uma equipe de Saúde Bucal, o médico e enfermeira que realizaram a avaliação da necessidade de atendimento odontológico nos usuários atendidos na intervenção. No primeiro mês foram avaliados 30 hipertensos (68,2%), no segundo mês 66 (84,6%) e no terceiro mês 113 usuários (86,9%). Os dados estão apresentados na figura 9.

As ações que mais auxiliaram na avaliação da necessidade de atendimento odontológico foi organizar a agenda para avaliação da necessidade de atendimento odontológico durante as consultas médicas e de enfermagem e a orientação da comunidade sobre a importância de realizar avaliação da saúde bucal, especialmente dos hipertensos e diabéticos.

Os hipertensos não avaliados quanto à necessidade de atendimento odontológico deve-se às dificuldades pré-existentes no serviço no município no início da intervenção, às dificuldades dos usuários hipertensos mais idosos para se locomover até o consultório odontológico localizado no hospital municipal, já que na nossa equipe de ESF não está funcionando SB.

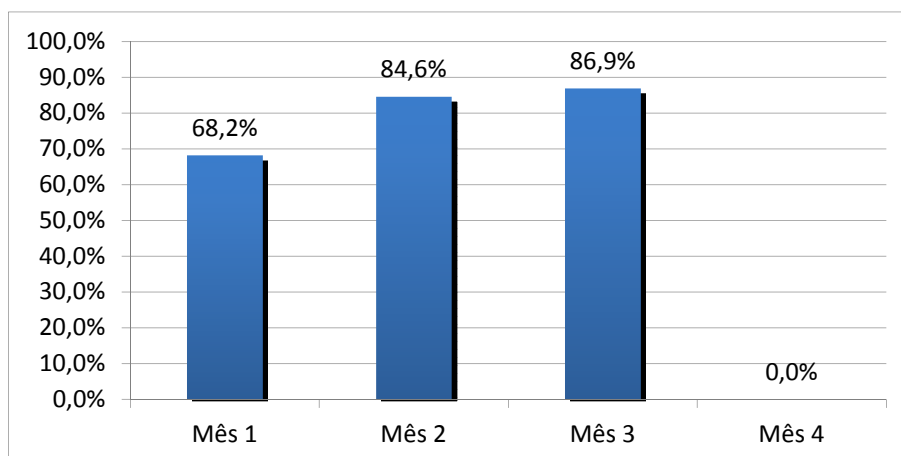


Figura 9 - Proporção de hipertensos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico na unidade de saúde Dr. Iacy Alcântara - Santana/AP, 2015.

Meta 2.8: Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos diabéticos cadastrados.

Indicador: Proporção de diabéticos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Em relação à realização da avaliação da necessidade de atendimento odontológico, no primeiro mês foram realizadas em 14 diabéticos (70%), no segundo em 40 (90,9%) e no terceiro mês em 48 (92,3%). A evolução desse indicador foi boa e as ações que mais auxiliaram na avaliação da necessidade de atendimento odontológico foi organizar a agenda para avaliação da necessidade de atendimento odontológico coordenado com a equipe de saúde bucal, a capacitação da equipe para avaliação da necessidade de atendimento odontológico dos diabéticos e a orientação da comunidade sobre a importância de realizar avaliação da saúde bucal, especialmente dos hipertensos e diabéticos. Os dados estão apresentados na figura 10.

Os diabéticos não avaliados quanto à necessidade de atendimento odontológico deve-se às dificuldades pré-existentes no serviço no município no início da intervenção, às dificuldades da população mais idosa para se locomover até o consultório odontológico localizado no hospital municipal.

Durante a realização do exame físico geral a cada usuário também foi feito o exame ou avaliação da cavidade bucal para encaminhar aos usuários a consulta odontológica em caso que fosse necessário, pois as doenças periodontal são muito

frequentes neste tipo de usuários com destaque em portadores de diabetes onde é considerada como uma complicação microvascular.

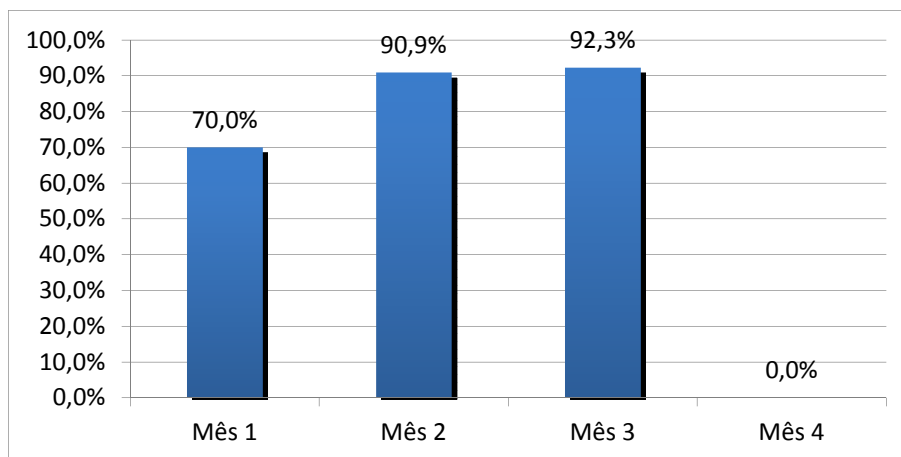


Figura 10 - Proporção de diabéticos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico na unidade de saúde Dr. Iacy Alcântara - Santana/AP, 2015.

Objetivo 3: Melhorar a adesão de hipertensos e/ou diabéticos ao programa

Meta 3.1: Buscar 100% dos hipertensos faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.

Indicador: Proporção de hipertensos faltosos às consultas médicas com busca ativa.

Durante a intervenção foram realizadas no primeiro mês 21 consultas médicas com busca ativa para hipertensos faltosos, no segundo mês 37 consultas e no terceiro mês 64, sendo 100% em todos os três meses.

A equipe organizou na sua agenda de atendimento as buscas ativas para os usuários faltosos, através de visita domiciliar e a agenda de atendimento para consultas de usuários provenientes dessas atividades. Buscamos ajuda nas pessoas da comunidade e especialmente com os ACS e esse processo de busca ativa já está implantado na rotina da UBS/ESF.

Meta 3.2: Buscar 100% dos diabéticos faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.

Indicador: Proporção de diabéticos faltosos às consultas médicas com busca ativa.

Foram realizadas 100% de busca ativa para diabéticos faltosos às consultas na UBS/ESF durante os três meses da intervenção. No primeiro mês foram realizadas oito 08 buscas, no segundo mês 19 e no terceiro mês 23.

Assim como ocorreu nas buscas ativas para os hipertensos, as consultas provenientes destas atividades na comunidade foram agendadas pelos ACS para o médico da ESF.

Objetivo 4: Melhorar o registro das informações

Meta 4.1: Manter ficha de acompanhamento de 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Indicador: Proporção de hipertensos com registro adequado na ficha de acompanhamento.

As fichas de acompanhamento dos usuários hipertensos foram preenchidas no primeiro mês da intervenção para 24 usuários (54,5%), no segundo mês para 48 (61,5%) e no terceiro mês para 84 (64,6%). As ações mais importantes para o registro adequado na ficha de acompanhamento foram às capacitações ministradas pela enfermeira da equipe para os profissionais de saúde da ESF e o registro adequado dos procedimentos clínicos em todas as consultas realizadas pelo médico.

A ficha de acompanhamento é uma ferramenta básica utilizada para o preenchimento e localização das informações necessárias concernentes a cada usuário e que serve para um adequado acompanhamento e avaliação clínica e laboratorial.

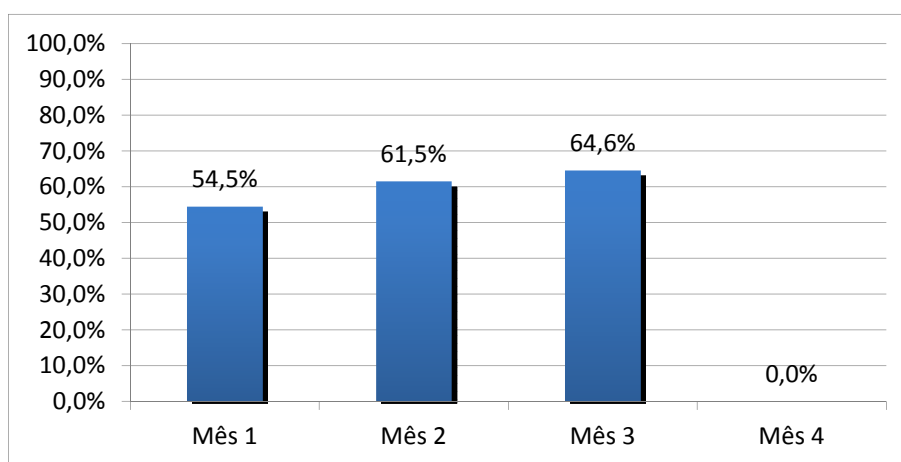


Figura 11 - Proporção de hipertensos com registro adequando na ficha de acompanhamento na unidade de saúde Dr. Iacy Alcântara - Santana/AP, 2015.

Meta 4.2: Manter ficha de acompanhamento de 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Indicador: Proporção de diabéticos com registro adequado na ficha de acompanhamento.

No primeiro mês da intervenção foram registrados adequadamente os dados na ficha de acompanhamento de 09 diabéticos (45%), no segundo mês de 24 (54,5%) e no terceiro mês para 42 usuários (80,8%). As ações mais importantes para o registro adequado na ficha de acompanhamento foram às mesmas já descritas para os usuários hipertensos.

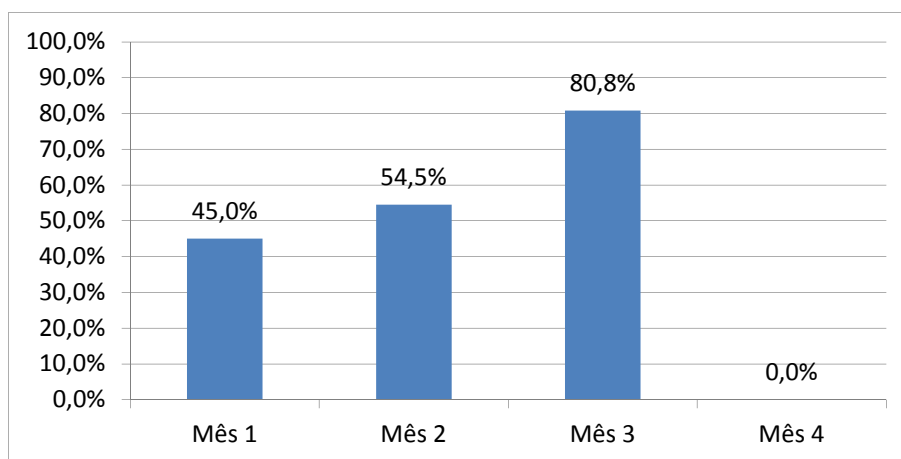


Figura 12 - Proporção de diabéticos com registro adequado na ficha de acompanhamento na unidade de saúde Dr. Iacy Alcântara - Santana/AP, 2015.

Objetivo 5: Mapear hipertensos e diabéticos de risco para doença cardiovascular.

Meta 5.1: Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Indicador: Proporção de hipertensos com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia.

Durante os três meses da intervenção foram realizadas a estratificação do risco cardiovascular para 128 (98,5%) dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde. No primeiro mês foram 42 estratificações (95,5%), no segundo mês 76 (97,4%) e no terceiro mês 128 (98,5%).

As ações mais importantes para estratificação do risco cardiovascular nos hipertensos foram às capacitações para o médico e enfermeira para capacitar a equipe para realizar estratificação de risco segundo o escore de Framingham ou de lesões em órgãos alvo, capacitar a equipe para a importância do registro desta

avaliação, e capacitar a equipe quanto a estratégias para o controle de fatores de risco modificáveis.

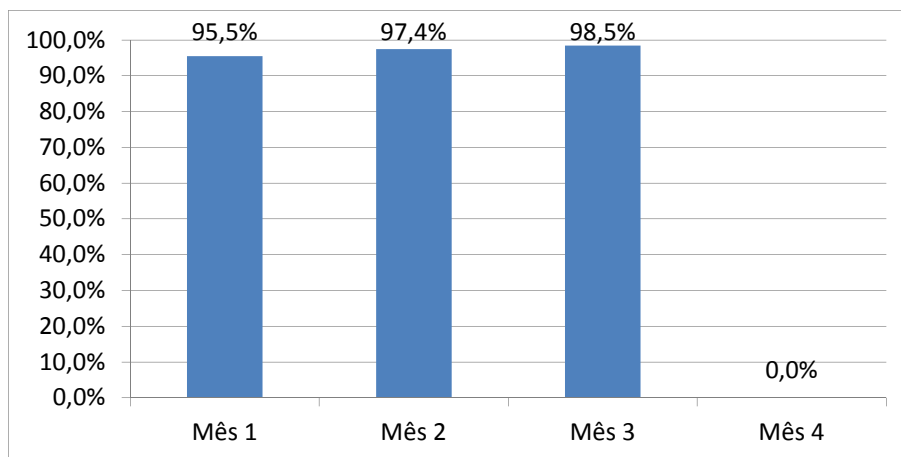


Figura 13 - Proporção de hipertensos com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia na unidade de saúde Dr. Iacy Alcântara - Santana/AP, 2015.

Este indicador nos permitiu ter uma valoração integral, como a equipe de saúde da família, sobre os diferentes riscos presentes em cada um dos usuários que nós atendemos em nossa comunidade e como eles não identificarem elo como um problema de saúde individual que a sua vez poderia influir no resto da família e a comunidade, assim como a repercussão econômica dos mesmos.

Desta forma as ações continuam sendo desenvolvidas, com a finalidade de evitar a repercussão das complicações, com ações de promoção em saúde individual e coletivas. Com a continuidade da intervenção conseguiremos atingir 100% de avaliação do risco cardiovascular nos hipertensos.

Meta 5.2: Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Indicador: Proporção de diabéticos com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia.

A estratificação de risco cardiovascular foi realizada em 100% dos diabéticos durante os três meses da intervenção, sendo classificados 20 usuários no primeiro mês, 44 no segundo e 52 no terceiro. As ações mais importantes para estratificação do risco cardiovascular nos diabéticos foram capacitar a equipe para realizar estratificação de risco segundo o escore de Framingham ou de lesões em órgãos

alvo, capacitar a equipe para a importância do registro desta avaliação, e capacitar a equipe quanto a estratégias para o controle de fatores de risco modificáveis.

Objetivo 6: Promover a saúde de hipertensos e diabéticos

Meta 6.1: Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos hipertensos cadastrados.

Indicador: Proporção de hipertensos com orientação nutricional sobre alimentação saudável.

Antes do início da intervenção não tinham o controle e a mensuração da quantidade de ações de orientação nutricional sobre alimentação saudável realizadas com os hipertensos. Com a intervenção, conseguimos realizar 100% de orientação. No primeiro mês foram 44 usuários, no segundo mês 78 e no terceiro mês 130.

As ações que colaboraram na orientação nutricional sobre alimentação saudável para os hipertensos foram à organização das atividades de educação em saúde, com os grupos de hipertensos e com a comunidade, a capacitação da equipe sobre o tema e o apoio da nutricionista do NASF na UBS.

Meta 6.2: Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos diabéticos cadastrados.

Indicador: Proporção de diabéticos com orientação nutricional sobre alimentação saudável.

Foram realizadas também atividades de orientação nutricional sobre alimentação saudável para 100% dos diabéticos cadastrados na intervenção na UBS/ESF. No primeiro mês foram 20 usuários orientados, no segundo mês 44 e no terceiro 52.

Em nossa intervenção com a finalidade de promover saúde e melhorar a qualidade de vida destes usuários foram desenvolvidos diferentes encontros na UBS, na comunidade e nas casas destes usuários assim como nas consultas, onde foram realizadas atividades de promoção e prevenção de saúde indicando a importância da prática de exercícios físicos regulares, sobre uma alimentação saudável para os diabéticos, com o apoio da nutricionista do NASF.

Meta 6.3: Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos hipertensos cadastrados.

Indicador: Proporção de hipertensos com orientação sobre prática regular de atividade física.

Durante a intervenção foram orientados quanto à prática regular de atividade física os 130 hipertensos cadastrados e acompanhados, correspondendo a 100% de cobertura dessa ação. A orientação sobre a prática regular de atividade física evoluiu conforme segue: no primeiro mês com 44 hipertensos, no segundo mês 78 hipertensos e no terceiro mês 130 hipertensos orientados.

As ações que facilitaram essas atividades foram à organização da equipe da ESF para as atividades físicas e o apoio do Educador Físico do NASF, que implantou um programa de caminhada e prática de atividades físicas na UBS/ESF.

Meta 6.4: Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos diabéticos cadastrados.

Indicador: Proporção de diabéticos com orientação sobre prática regular de atividade física.

Foi realizada a orientação sobre prática regular de atividade física para os 52 diabéticos cadastrados e acompanhados na intervenção, correspondendo a 100%. No primeiro mês foram 20 usuários orientados, no segundo mês 44 e no terceiro mês 52 diabéticos. Assim como para os hipertensos as facilidades foram à capacitação da equipe sobre a temática e o apoio do Educador Físico do NASF.

Meta 6.5: Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos hipertensos cadastrados.

Indicador: Proporção de hipertensos com orientação sobre os riscos do tabagismo.

A orientação sobre os riscos do tabagismo foram repassadas para 100% dos hipertensos, sendo que no primeiro mês foram orientados 44 usuários, no segundo mês 78 e no terceiro mês 130. As ações que facilitaram o sucesso dessa meta foram o monitoramento da realização das orientações realizado pela enfermeira, a capacitação da equipe sobre os riscos do tabagismo e a implantação de ações de educação em saúde na comunidade, com a coordenação do médico e a participação dos ACS.

Meta 6.6: Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos diabéticos cadastrados.

Indicador: Proporção de diabéticos com orientação sobre os riscos do tabagismo.

Durante a intervenção, foram realizadas no primeiro mês ações de orientação sobre os riscos do tabagismo com 20 diabéticos, no segundo mês com 44 e no terceiro mês com 52 usuários, totalizando 100% em cada mês. Assim como na meta anterior, os fatores facilitadores foram os mesmos.

Meta 6.7: Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos hipertensos cadastrados.

Indicador: Proporção de hipertensos com orientação sobre higiene bucal.

Mesmo a equipe de ESF não contando com o serviço de odontologia, conseguimos realizar as orientações sobre higiene bucal com 100% dos usuários hipertensos da UBS/ESF. No primeiro mês foram 44 usuários, no segundo mês 78 e no terceiro mês 130 hipertensos.

Os fatores facilitadores para essa ação foram à capacitação da equipe sobre o protocolo de Saúde Bucal, realizado pelo médico e o apoio de todos os profissionais da equipe para estarem orientando os usuários sobre as medidas básicas de higiene bucal. Sempre que foi necessária, os usuários foram encaminhados para avaliação especializada de cirurgião dentista em outra unidade da cidade.

Meta 6.8: Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos diabéticos cadastrados.

Indicador: Proporção de diabéticos com orientação sobre higiene bucal.

Durante os três meses da intervenção foram instituídas orientações sobre higiene bucal para 100% dos diabéticos. No primeiro mês foram 20 usuários orientados, no segundo mês 44 e no terceiro mês 52. As ações que mais auxiliaram na orientação sobre higiene bucal nos diabéticos foram às mesmas citadas anteriormente com o público hipertenso.

4.2 Discussão

Desde que começamos a análise situacional na nossa UBS, passamos a observar diferentes problemas existentes, desde as barreiras arquitetônicas, os problemas com a iluminação artificial e natural, a ventilação, até os registros inadequados (incompletos, deficientes) para os diferentes programas de atenção em saúde da família aos diferentes grupos de usuários da população e as qualidades existentes no processo de trabalho da equipe, que já vinha realizando muitas das ações estudadas.

Durante a definição do foco da intervenção decidimos desenvolver em nossa UBS a ação programática relacionada à hipertensão e diabetes - pois a atenção prestada a estes usuários baseava-se quase que somente nas consultas médicas e de enfermagem realizadas na unidade de saúde ou durante as visitas domiciliares, além de algumas atividades de promoção e prevenção em saúde.

O acompanhamento desses usuários pelo registro do Programa HIPERDIA não era realizado há algum tempo e os quais em sua maioria, não estavam cadastrados neste programa. Não possuíamos um registro atualizado no prontuário clínico, sendo este o único instrumento de anotações dos procedimentos realizados pela equipe.

Durante as ações da intervenção o trabalho de todos os membros da equipe foi vital para a realização das diferentes atividades propostas pelo cronograma para a melhoria dos indicadores e da assistência aos usuários da comunidade. Destacando os técnicos em enfermagem com a melhora significativa no acolhimento dos usuários com HAS e DM, os ACS com sua contribuição na busca dos faltosos a consultas de forma constante e a mobilização dos usuários para a participação dos encontros previstos em a UBS e a comunidade, além da realização dos cadastros de usuários.

A comunidade, também teve uma importante participação na intervenção, assim como todos os familiares dos usuários com hipertensão e diabetes, efetivando as recomendações propostas pela equipe durante as atividades de educação em saúde, visitas domiciliares e consultas clínicas.

Para a melhoria da atenção deste grupo de usuários a equipe utilizou como referência a PCD fornecida pelo curso, que consta parâmetros necessários para a coleta de dados importantes para a melhoria da qualidade e da assistência dos

hipertensos e diabéticos. Este instrumento foi preenchido pelo médico durante as consultas na UBS e nas visitas domiciliares aos usuários acamados.

Assim, 130 (68,1%) de usuários hipertensos e 52 (89,7%) de diabéticos passaram por essa avaliação. Como a intervenção está incorporada a rotina da UBS/ESF, a intenção é que esse número aumente nos próximos meses. Com a aplicação da PCD para o cadastro e acompanhamento dos usuários hipertensos e/ou diabéticos foi observado que não existia um seguimento segundo o protocolo do ministério de saúde para estes, antes da implementação da intervenção, e destacamos que a definição de um dia por semana para as consultas destes usuários já conseguimos um aumento significativo das ações.

Por tanto, faz-se necessário o comprometimento e a dedicação das equipes multidisciplinares para esta ação em sua rotina de trabalho, como parte do acolhimento e atendimento ofertado a estes usuários, além de treinamento sobre temas específicos para a equipe de saúde, durante capacitações e/ou reuniões na UBS.

Quando analisamos o uso de medicamentos prescritos para os usuários hipertensos e/ou diabéticos na Farmácia Popular ou no Programa HIPERDIA, percebeu-se que 90,2% dos diabéticos ao final da intervenção faziam uso destes e apenas 77,2% dos hipertensos. Nossa população tem o critério que os medicamentos manipulados curam daí que uma parte deles utiliza este tipo de medicação. Pero destacasse como ponto positivo que durante a intervenção algumas pessoas trocaram para os medicamentos do programa de Hiperdia pela maior acessibilidade dos mesmos.

Referente à verificação dos prontuários, com a constatação de registros desatualizados e posterior busca ativa do usuário em questão para consulta médica, mostrou-se ainda como um elemento importante no processo de acompanhamento e cuidado continuado desse grupo desde o princípio até o final da ação programática realizada pela equipe.

A capacitação dos ACS para abordagem domiciliar dos hipertensos e/ou diabéticos foi muito importante, tanto para a implementação da intervenção, quanto para a qualificação de seu processo de trabalho na atenção a esse grupo. Nessa perspectiva, pode-se inferir que outras ações dessa natureza e que envolvam os outros membros da UBS são necessárias para melhorar ainda mais o trabalho, como capacitações que contribuam para proporcionar um maior conhecimento

acerca dos temas relacionados à atenção aos hipertensos e/ou diabéticos, segundo os protocolos do ministério, e que reforce o compromisso e as atribuições de cada membro da equipe desde o acolhimento até o agendamento da próxima consulta.

Não apresentamos dificuldades durante a realização das atividades educativas, já que sempre definimos o profissional responsável por cada uma delas e as datas da sua realização. Foram abordados temas com uma linguagem de fácil entendimento para todos os usuários.

A avaliação da Saúde Bucal foi realizada durante todas as consultas assim como foram encaminhados todos os usuários do território de acordo com as suas necessidades, destacando que nossa UBS encontra-se em fase de ampliação e remodelação e por essa questão, neste momento não contamos com a prestação do serviço de SB e os usuários estão sendo encaminhados para outra UBS, um pouco distante da comunidade, sendo um fator dificultador de atenção.

Outro aspecto negativo foi o relacionado a realização dos exames complementares indicados para uma correta avaliação, pois o laboratório municipal que presta esse serviço apresentou problemas durante a etapa em que desenvolvíamos nossa intervenção o que sem dúvidas afetou não só o indicador mas principalmente os usuários. Essas duas questões são um grande desafio, já que não dependem de nossa governabilidade em sua execução, mas estamos em contato permanente, dialogando com o gestor municipal de saúde para uma possível solução.

Após três meses da intervenção constatou-se que os objetivos inicialmente propostos, baseados em melhorar a atenção prestada aos usuários hipertensos e/ou diabéticos da UBS Dr. Iacy Alcântara foram cumpridos, mesmo que de forma parcial, e que provavelmente trouxeram melhoria para este grupo de usuários em nossa população, com modificações positivas em seu estilo de vida. Ocorreu a qualificação da atenção prestada aos usuários hipertensos e/ou diabéticos na UBS e comunidade, pois o tema passou a receber destaque no dia a dia da equipe de ESF. Espera-se que a comunidade se aproprie da proposta e contribua com sua continuidade e aperfeiçoamento e que a mesma seja parte de nossa rotina.

5 Relatório da intervenção para gestores

Este relatório apresenta como foi implementado o Projeto de Intervenção sobre o tema “Melhoria da atenção aos Hipertensos e Diabéticos” de autoria do médico Antonio César Nuñez Copo, bolsista do Programa Mais Médicos da UBS Dr. "Iacy Alcântara", situada na comunidade de Fonte Nova, município de Santana/AP. Foi apresentado em reunião com o coordenador da Atenção Primária à Saúde e com o gestor municipal de saúde, além de outros profissionais de saúde.

Após a análise situacional realizada no curso de especialização, foram identificados os baixos indicadores encontrados na atenção aos usuários hipertensos e/ou diabéticos acompanhados em nossa UBS e os registros inadequados eram um dos principais problemas enfrentados. Diante disso, como objetivo geral de melhorar a atenção aos hipertensos e diabéticos na UBS. Para tanto, as ações foram planejadas e desenvolvidas de acordo com os eixos do Projeto Pedagógico do Curso: organização e gestão do serviço; monitoramento e avaliação; engajamento público, e qualificação da prática clínica. Estas ações foram desenvolvidas durante os meses de abril e junho de 2015.

A aplicação da ficha espelho fornecida pelo curso, para o cadastramento e avaliação continuada dos usuários hipertensos e/ou diabéticos durante a intervenção, foi aplicada pelo médico especializando aos 182 usuários cadastrados pelos ACS e que participarem da intervenção. Essa ficha foi atualizada em cada consulta realizada pelos usuários ou nas visitas domiciliares, como parte da nossa rotina, para conseguirmos cumprir nosso objetivo de melhorar a atenção oferecida a este grupo de usuários da população adstrita à UBS e fazer prevenção das complicações crônicas ou agudas.

No final do estudo observou-se, de forma geral, aumento da cobertura na atenção destes dos participantes, dos quais 130 tinham diagnóstico de HAS, 52 de

DM, com predomínio no grupo etário entre 50 e 59 anos. Os antecedentes familiares de DCNT estiveram presentes em 50,6% da amostra e a maioria referiu no mínimo quatro anos com o diagnóstico e acompanhamento por nossa ESF. Deste, 58,4% dos usuários tem prescrição atualizada de medicamentos para o controle de sua patologia, fazendo uso da farmácia popular/Hiperdia.

A equipe da UBS/ESF foi capacitada permanentemente sobre os temas relacionados à HAS e DM e a organização do processo de trabalho em saúde da família, seguindo os manuais/protocolos do Ministério da Saúde para essas atividades educativas. A busca constante dos faltosos as consultas foi realizada desde o começo e a cada semana da intervenção, os ACS como os principais responsáveis passaram a realizar essas ações na comunidade.

Na perspectiva de melhorar a atenção foram realizados três encontros mensais com os usuários hipertensos e diabéticos. Com a finalidade de desenvolver atividades de prevenção e promoção em saúde diante temas como a importância da prática de atividades físicas regulares, alimentação saudável, higiene bucal, fatores de riscos como o tabagismo, a obesidade, sedentarismo, a importância do tratamento medicamentoso, etc. As mesmas foram desenvolvidas no horário da tarde as quintas feiras na UBS e na comunidade durante as visitas domiciliares.

Essas atividades de educação em saúde passaram a ser inseridas na rotina do serviço, até nos dias destinados para as consultas de hipertensos e diabéticos, através da orientação individual educativa de cada usuário pelo médico, enfermeira e técnicos de enfermagem, e está sendo avaliada como satisfatória, pois tem possibilitado a construção de vínculos, o reforço do autocuidado e da corresponsabilidade destes usuários acompanhados pela ESF de nossa UBS.

O cadastramento dos hipertensos e/ou diabéticos no Programa HIPERDIA, configurou-se uma ação de grande importância para a prevenção e controle da HAS e DM, que será mantida na rotina da equipe, exigindo comprometimento e dedicação de todos os profissionais de saúde. Contamos com o apoio da secretaria municipal de saúde para o fornecimento das fichas impressas e pastas para o controle dos dados.

No eixo Engajamento Público, o contato com os líderes da comunidade e as atividades educativas foram realizadas, tanto nos espaços da UBS, como na comunidade. No entanto, fica o desafio para a equipe de saúde da família possa dar continuidade ao cronograma da intervenção, programar e supervisionar as

atividades a serem desenvolvidas a cada semana para incrementar esse contato com a comunidade.

A Qualificação da Prática Clínica deve ser inserida na rotina da UBS a partir da realização de atividades de educação em serviço, a fim de estabelecer um cronograma de capacitações que contribua para proporcionar um maior conhecimento acerca dos temas de interesse coletivo e possibilite reforçar o compromisso e as atribuições tanto da equipe multidisciplinar da UBS Iacy Alcântara, quanto de cada um dos profissionais. Neste sentido também é necessário que a gestão central fortaleça estas iniciativas.

É preciso estabelecer e garantir uma rotina de supervisão das atividades compartilhada com a equipe de saúde e voltada às demandas da população como ator principal de nossa gestão. Outra questão importante é a implantação da equipe de SB para os atendimentos odontológicos e a melhoria no agendamento e realização dos exames laboratoriais para o acompanhamento integral dos usuários hipertensos e diabéticos pela equipe da ESF.

6 Relatório da Intervenção para a comunidade

Diante este relatório pretendemos narrar para nossa comunidade como foi desenvolvido o projeto de intervenção relacionado à melhoria na qualidade da atenção aos usuários hipertensos e diabéticos do território de atuação da equipe de ESF da UBS Dr. "Iacy Alcântara", no município de Santana/AP.

Segundo os dados existentes na UBS, de acordo com o cadastro dos ACS, existe um número estimado de 6.060 pessoas cadastradas, deles 2.450 do sexo masculino (40,4%) e 3.610 do feminino (59,5%). A população da área adstrita está correta para o acompanhamento pelas duas equipes de ESF. No início da intervenção na nossa população tínhamos 191 usuários maiores de 20 anos, com diagnóstico de hipertensão arterial e 58 com diabetes mellitus. No final dos três meses da intervenção foram avaliados 182 usuários, sendo 130 hipertensos e 52 diabéticos.

Após o análise situacional da UBS Dr. "Iacy Alcântara" durante as tarefas do curso de especialização, em relação aos cuidados dos usuários hipertensos e/ou diabéticos, identificou-se que um dos problemas enfrentados eram os baixos indicadores de cobertura e da qualidade na atenção ofertada para este grupo de usuários. Dentre estes, por exemplo, a não efetivação da estratificação de risco cardiovascular por critérios clínicos, o atraso das consultas programadas, a não realização e entrega de exames complementares periódicos em dia, a ausência de orientações contínuas sobre a prática de atividade física regular, alimentação saudável, higiene bucal, etc.

Diante disso, foi planejada uma intervenção para melhorar a atenção dos usuários hipertensos e/ou diabéticos acompanhados na UBS. Para tanto, as ações foram desenvolvidas durante a intervenção por todos os profissionais de saúde da equipe de ESF e o apoio do educador físico e nutricionista do NASF.

Foram realizadas reuniões com a equipe de saúde na UBS para apresentação do Projeto de Intervenção selecionado e da ficha espelho, proporcionada pelo curso, a qual seria utilizada para a avaliação individual de cada usuário e assim melhorar a atenção destes. Todos os membros da equipe foram capacitados permanentemente sobre os temas relacionados à hipertensão e diabetes e a organização dos serviços de saúde, de acordo com os manuais/protocolos do Ministério da Saúde.

A comunidade ganhou na melhoria do acolhimento para todos os usuários, independente se são hipertensos e/ou diabéticos na UBS assim como do atendimento clínico prestado pelo médico e enfermeira e pelos atendimentos assistenciais realizados pelas técnicas de enfermagem. Iniciamos também a avaliação do risco cardiovascular por exame clínico dos hipertensos e/ou diabéticos, preenchimento adequado da ficha de acompanhamento individual, indicação dos exames complementares.

A qualificação do processo de trabalho dos ACS vem ocorrendo, com todos os usuários com HAS e DM sendo cadastrados e a tendo os seus cadastrados atualizados, de forma continua. O monitoramento dos usuários hipertensos e/ou diabéticos quanto ao cadastramento no Programa HIPERDIA e registro atualizado no prontuário, assim como do acesso deste grupo aos medicamentos fornecidos pelo SUS e a formação de grupos para educação em saúde; com realização de atividades educativas baseadas em a prevenção e promoção em saúde.

A comunidade pode apoiar o projeto de intervenção através do engajamento e da mobilização dos usuários hipertensos e/ou diabéticos e familiares para a participação nas ações que estão sendo ofertadas pela equipe de ESF, na adesão nas atividades de promoção da saúde ofertadas pelo educador físico, como as caminhadas e práticas de atividades físicas, além de estarem mais presentes no dia a dia da UBS/ESF.

Após os três meses da intervenção, constatou-se que os objetivos inicialmente propostos, de melhorar a qualidade da atenção prestada aos usuários hipertensos e/ou diabéticos, assim como sua adesão ao programa, a cobertura, e os registros, da UBS Dr. "Iacy Alcântara" do município de Santana/AP foram cumpridos, mesmo que de forma parcial, e que provavelmente trouxeram melhoria considerável da atenção oferecida a estes usuários.

Indiretamente houve qualificação da atenção prestada pelas equipes e membros de nossa UBS aos usuários hipertensos e/ou diabéticos, pois o tema passou a receber destaque no dia a dia dos profissionais e da população. Espera-se que a comunidade se aproprie da proposta e contribua com sua continuidade e aperfeiçoamento e que a mesma fique como parte de nossa rotina no dia a dia.

7 Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem

Como parte da permanência no Programa Mais Médicos foi necessário a matrícula e participação no curso de especialização em Saúde da Família, integrante da rede Universidade Aberta do SUS - UNASUS, através da UFPel. O curso teve como finalidade o conhecimento sobre a Atenção Primária a Saúde e a organização dos serviços de saúde da família no Brasil, onde desenvolveríamos nosso trabalho como médicos de família e comunidade.

No princípio foi difícil aceitar o curso, pois já sou médico especialista em saúde da família em primeiro e segundo grau em meu país. Ao perceber que poderia estar realizando um intercâmbio de conhecimentos com outros colegas do programa, atuantes em outros estados e o contato com professores/orientadores brasileiros, fiquei motivado, pois em geral o conhecimento, qualquer que seja, não ocupa espaço.

Iniciei o curso pela leitura do Projeto Pedagógico, e realmente gostei da inter-relação entre este e o programa do curso que é muito integrador em sua formação, preparando bem o especializando. A partir desse momento visei melhorar minha qualificação profissional e a obtenção do título brasileiro.

As aulas iniciaram, conheci o Ambiente Virtual de Aprendizagem como algo novo até agora já que estava acostumado às aulas com o professor sempre presencial, orientando e guiando os conhecimentos. Conheci a minha orientadora a Profa. Melissa de Azevedo que na segunda etapa do curso foi substituída pelo prof. Sérgio Vinícius Cardoso de Miranda. Comecei a participar dos fóruns tardiamente já que não considerava interessantes até que passei a interagir com alguns colegas e reconsiderarei minha posição. Com os Testes de Qualificação Clínica, estudei novos conteúdos e incorporei estes conhecimentos ao meu desenvolvimento durante as

consultas e fiquei ainda mais fascinado com o curso e a estrutura do mesmo que acho e excelente se tudo funcionar harmonicamente bem.

Ao entender o Projeto Pedagógico do curso, o objetivo da minha participação deixou de ser pessoal e passou a ser coletivo. Compartilhei aprendizados com minha equipe de saúde, na UBS onde trabalho e divulguei o curso para outros profissionais da minha UBS e incentivei a participação deles para sua superação pessoal e coletiva. Usando a integração e a universalidade, em várias ocasiões levei para os fóruns considerações e dúvidas, compartilhando experiências.

Passei por alguns problemas nas primeiras semanas, referente a dúvidas sobre várias tarefas, mas de acordo com as orientações da orientadora a qual agradeço me ajudou e ensinou também a ser um estudante mais organizado. Durante o curso nunca deixei de enviar as tarefas ou trabalhos de prática clínica ou de saúde coletiva nas datas solicitadas pela coordenação do curso e nem de participar do tópico Diálogo Orientador-Especializando.

Considero que realizar a intervenção escolhida na UBS onde trabalho foi um grande avanço e diferencial na equipe, já que tínhamos identificado durante a análise situacional os principais problemas relacionados a atenção aos hipertensos e diabéticos, alcançando resultados satisfatórios e com aprendizados riquíssimos.

O curso de especialização em saúde da família da UFPel significou para a minha prática profissional a possibilidade de adquirir novos conhecimentos acerca ESF no Brasil e a oportunidade de mudança dos membros da equipe da UBS Iacy Alcântara no acolhimento e a atenção aos usuários acompanhados pela UBS/ESF, além da valorização profissional deles. Assim como de poder incorporar a rotina da equipe, a intervenção e as atividades de promoção e prevenção como uma tarefa mais a desenvolver a cada dia e ser controlada nas reuniões da equipe.

O planejamento das ações em saúde, o conceito e organização da demanda espontânea na Estratégia Saúde da Família e a organização do processo de trabalho dos membros da equipe, com diferentes características, foram os aprendizados mais relevantes decorrentes do curso e os que eu nunca vou esquecer.

Também consolidei, neste curso, que nossas ações em saúde devem ser programadas baseando-se em dados (indicadores), pois é onde melhor são apresentadas todas as necessidades da população assistida e onde podemos definir

e/ou priorizar ações específicas direcionadas a elas, para que promovamos um impacto no processo saúde-doença.

Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: diabetes mellitus**. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2013a. 160 p.: il. (Cadernos de Atenção Básica, n. 36). Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/caderno_36.pdf>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: hipertensão arterial sistêmica** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2013b. 128 p.: il. (Cadernos de Atenção Básica, n. 37).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Prevenção clínica de doenças cardiovasculares, cerebrovasculares e renais**/Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. - Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 56 p. - (Cadernos de Atenção Básica; 14) (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

HENRIQUEI, Nathalia Noronha; COSTAI, Priscila da Silva; VILETII, Juliana Lopes et al. Hipertensão arterial e diabetes mellitus: um estudo sobre os programas de atenção básica. **Rev. enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 2, abr/jun; pp.168-73, 2008.

OPAS. Organização Pan-Americana da Saúde. Organização Mundial da Saúde – Representação Brasil. **Linhas de cuidado: hipertensão arterial e diabetes**. 232 p. Brasília, DF, 2010.

Apêndices

Apêndice A - Imagens das ações desenvolvidas na intervenção



Acolhimento dos usuários do HIPERDIA na UBS/ESF Dr; lacy Alcântara



Atendimento Médico ao Diabético



Atendimento multidisciplinar aos hipertensos e diabéticos



Visita Domiciliar para busca ativa de faltosos as ações da intervenção



Atendimento médico e de enfermagem com a presença do ACS
aos hipertensos e diabéticos



Aferição de Pressão Arterial

Anexos

Anexo A - Documento do comitê de ética

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS
FACULDADE DE MEDICINA
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

OF. 15/12
Pelotas, 08 de março 2012.

Ilma Sr^a
Prof^a Ana Cláudia Gastal Fassa

Projeto: Qualificação das ações programáticas na atenção básica à saúde

Prezada Pesquisadora;

Vimos, por meio deste, informá-lo que o projeto supracitado foi analisado e **APROVADO** por esse Comitê, quanto às questões éticas e metodológicas, de acordo com a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde.

Patricia Abrantes Duval
Patricia Abrantes Duval
Coordenadora do CEP/FAMED/UFPEL

Anexo B- Planilha de coleta de dados

	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	M	N	O	P	Q	R	S
1	Indicadores Hipertensos e/ou Diabéticos - Mês 1																		
2	Dados para Coleta	Número do paciente	Nome do paciente	Idade do paciente	O paciente é hipertenso?	O paciente é diabético?	O paciente está com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo?	O paciente está com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo?	O paciente necessita tomar medicamentos?	Todos os medicamentos são da lista do Hiperdia ou da Farmácia Popular?	O paciente foi avaliado quanto à necessidade de atendimento odontológico?	O paciente está faltoso às consultas de acordo com o protocolo?	Foi realizada busca ativa para o paciente com consultas em atraso?	O paciente está com registro adequado na ficha de acompanhamento?	A estratificação de risco cardiovascular por exame clínico está em dia?	O paciente recebeu orientação nutricional sobre alimentação saudável?	O paciente recebeu orientação sobre a prática de atividade física regular?	O paciente recebeu orientação sobre os riscos do tabagismo?	O paciente recebeu orientação sobre higiene bucal?
3	Orientações de preenchimento	de 1 até o total de pacientes cadastrados	Nome	Em anos	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim
4		1																	
5		2																	
6		3																	
7		4																	
8		5																	
9		6																	
10		7																	
11		8																	
12		9																	
13		10																	
14		11																	
15		12																	
16		13																	
17		14																	
18		15																	
19		16																	
20		17																	
21		18																	
22		19																	
23		20																	
24		21																	
25		22																	
26		23																	
27		24																	
28		25																	
29		26																	
30		27																	
31		28																	

Apresentação | Orientações | Dados da UBS | **Mês 1** | Mês 2 | Mês 3 | Mês 4 | Indicadores

Data do ingresso no programa ____/____/____ Número do Prontuário: _____ Cartão SUS _____
 Nome completo: _____ Data de nascimento: ____/____/____
 Endereço: _____ Telefones de contato: _____/_____/_____
 Precisa de cuidador? () Sim () Não Nome do cuidador: _____
 Tem HAS? () Sim () Não Tem DM? () Sim () Não Tem HAS e DM? () Sim () Não Há quanto tempo tem: HAS? _____ DM? _____ HAS e DM? _____
 Foi realizada avaliação da necessidade de tratamento odontológico? () Sim () Não Data da primeira consulta odontológica ____/____/____ Estatura: _____ cm Perímetro Braquial: _____ cm

[illegible][illegible]

FICHA ESPELHO
PROGRAMA DE ATENÇÃO AOS HIPERTENSOS E DIABÉTICOS

Departamento de
Medicina Social

UFPEL

[illegible][illegible]

Anexo D -Termo de responsabilidade livre e esclarecida para uso de fotografias

Eu, (Escreva seu nome aqui), (coloque sua profissão e número do conselho função aqui) e/ou membros da Equipe sob minha responsabilidade, vamos fotografar e/ou filmar você individualmente ou em atividades coletivas de responsabilidade da equipe de saúde. As fotos e/ou vídeos são para registrar nosso trabalho e poderão ser usadas agora ou no futuro em estudos, exposição de trabalhos, atividades educativas e divulgação em internet, jornais, revistas, rádio e outros. As fotos e vídeo ficarão a disposição dos usuários.

Assumo os seguintes compromissos com a pessoa que autorizar a utilização de sua imagem:

1. Não obter vantagem financeira com as fotos e vídeo;
2. Não divulgar imagem em que apareça em situação constrangedora;
3. Não prejudicar e/ou perseguir nenhuma das pessoas que não autorizar o uso das fotos;
4. Destruir as fotos e/ou vídeo no momento que a pessoa desejar não fazer mais parte do banco de dados;
5. Em caso de fotos e/ou vídeo constrangedor, mas fundamental em estudos, preservar a identidade das pessoas envolvidas;
6. Esclarecer toda e qualquer dúvida relacionada ao arquivo de fotos e/ou opiniões.

Nome

Contato:

Telefone: ()

Endereço Eletrônico:

Endereço físico da UBS:

Endereço de e-mail do orientador:

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu, _____,

Documento _____ declaro que fui devidamente esclarecido sobre o banco de dados (arquivo de fotos e/ou declarações) e autorizo o uso de imagem e/ou declarações minhas e/ou de pessoa sob minha responsabilidade, para fim de pesquisa e/ou divulgação que vise melhorar a qualidade de assistência de saúde à comunidade.

Assinatura do declarante